

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA  
DENGAN PERPANJANGAN FASE LATEN DI PUSKESMAS SIKUMANA  
TANGGAL 13 JULI S/D 20 JULI 2017**



**OLEH :**

**ADELFONSA LEONORA SAO**

**142111002**

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN  
STIKES CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2017**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA  
DENGAN PERPANJANGAN FASE LATEN DI PUSKESMAS SIKUMANA  
TANGGAL 13 JULI S/D 20 JULI 2017**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu  
Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



**OLEH :**

**ADELFONSA LEONORA SAO**

**142111002**

**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN  
STIKES CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2017**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir "**ASUHAN KEBIDANAN IBU INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN PERPANJANGAN FASE LATEN**" di Puskesmas Sikumana Kupang adalah hasil karya sendiri, untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan.

Kupang, November 2017

Yang menyatakan

Adelfonsa Leonora Sao  
NIM: 142111002

## LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir ini dengan judul **"ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN PERPANJANGAN FASE LETEN DI PUSKESMAS SIKUMANA KOTA KUPANG"** Telah disetujui dan diajukan dalam seminar karya laporan tugas akhir Mahasiswa atas nama : Adelfonsa Leonora Sao NIM : 142111002 Program studi DIII kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, November 2017

Menyetujui

Pembimbing I

  
Florentianus Tat, S.Kp.M.Kes

Pembimbing II

  
Mili A. Jumetan, S.Tr.Keb

Mengetahui

Ketua  
STIKes CHM-Kupang

  
drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua  
Prodi DIII Kebidanan

  
Ummu Zakiah, SST, M.Keb

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **"ASUHANKEBIDANANPADAIBU INTRAPARTALMULTIGRAVIDA DENGAN PERPANJANGAN FASE LETEN DI PUSKESMAS SIKUMANA KOTA KUPANG"** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Adelfonsa Leonora Sao NIM: 142111002 Program Studi D III KebidananSTIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji ujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal, November 2017.

Kupang, November 2017

### Panitia penguji

**Ketua : Merry A. Giri, S. Keb. Bd**

### Anggota

**1. Florentianus Tat, S. Kp., M. Kes**

**2. Mili A. Jumetan, STr. Keb**

  
.....  
  
.....  
  
.....

### Mengetahui,

**Ketua  
STIKes CHM-Kupang**



**drg. Jeffrey Jap, M.Kes**

**Ketua  
Program Studi D III Kebidanan  
STIKes CHM-Kupang**



**Ummu Zakiah, SST., M.Keb**

### **BIODATA PENULIS**

Nama : Adelfonsa Leonora Sao

Tempat dan tanggal lahir : Maurole, 02 Januari 1996

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

Alamat : Desa Roa, Kecamatan Detusoko, Kabupaten Ende.

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2002 : Tamat dari TK Saga
2. Tahun 2008 : Tamat dari SDK Saga
3. Tahun 2011 : Tamat dari SMPK Maria Goreti Ende
4. Tahun 2014 : Tamat dari SMK Santa Mathilda Maumere
5. 2014 - Sekarang : Sedang menyelesaikan pendidikan Diploma III  
Kebidanan di Stikes Citra Husada Mandiri Kupang



## MOTTO

“Apa yang kita tanam itulah yang kita tunai, karena curahan hujan tidak memilih-milih apakah pohon apel atau hanya semak belukar”

## PERSEMBAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR INI SAYA PERSEMBAHKAN KEPADA TUHAN, OPA DAN OMA, KEDUA ORANG TUA TERCINTA BAPA HERMANUS MINGGU DAN MAMA KRISTINA PULA, ADIK-ADIKKU TERSAYANG RISTA,URSULA, BETRIX,KEKASIH FARLY FERANDA,KELUARGA BESAR,TEMAN-TEMAN SEPERJUANGAN KEBIDANAN ANGAKATAN VII, ALMAMATERKU TERCINTA STIKES CHM-K DAN SAHABAT TERSAYANGOMY SERAN,RINI KALA, LINDA GOI,INGGA FILOMENA,LUSTIN SANTIA,SERLY NAHAK,VHARA KEDAH DAN SEMUA YANG TELAH MEMBANTU.

## ABSTRAK

SekolahTinggillmuKesehatan  
Citra HusadaMandiriKupang  
Program Studi DIII Kebidanan  
LaporanTugasAkhir, Juli2017

Adelfonsa Leonora Sao

NIM 142111002

ASUHAN KEBIDANAN IBU INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN  
PERPANJANGAN FASE LATEN DI PUSKESMAS SIKUMAN KUPANG, Tanggal 13  
Juli S/D 20 Juli 2017

---

**Latar Belakang :** Menurut Prawirohardjo (2008) fase laten memanjang adalah suatu keadaan pada kala I dimana pembukaan serviks sampai 4 cm dan berlangsung lebihdari 8 jam. Padadasarnyaperpanjanganfaselatendisebabkanoleh his yang tidak efisien, factor jalan lahir, umur ibu, jarak anak dan kesalahan petugas dalam member diagnosa.

**Tujuan :** Mampu memberikan Asuhan Kebidanan Ibu Intrapartal Multigravida Dengan Perpanjangan FaseLaten Di Puskesmas Sikumana dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut Helen Varney.

**Hasil :** Berdasarkan asuhan yang di lakukan dimulai dengan pungumpulan data yaitu data subjektif dan objektif, mengintepretasikan data, menentukan masalah potensial yang terjadi, menentukan tindakan segera yang dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah potensial, membuat perencanaan berdasarkan kebutuhan Asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny M.K adalah Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri dan berjalan-jalan disekitar ruangan, Anjurkan ibu berkemih jika ada rasa untuk berkemih, Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi. Keadaan ibu saat pulang yaitu ibu telah melahirkan anaknya yang keempat dengan selamat, kondisi ibu dan bayi baik.

**Kesimpulan :**simpulan utama dari hasil studi kasus adalah member jawaban bahwa melalui asuhan kebidanan sesuai langkah-langkah varney masalah dapat teratasi dan masalah potensial tidak terjadi.

**Kata kunci :***Persalinan normal, Perpanjangan, FaseLeten*



## KATA PENGANTAR

Pujisyukur Penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat-Nya saya dapat menyelesaikan penulisan Laporan Tugas Akhir ini tepat pada waktunya, dimana laporan ini menjadi salah satu persyaratan memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan. Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, tentunya Penulis tidak berjalan sendiri tetapi dengan dukungan berbagai pihak. Atas selesainya Laporan Tugas Akhir ini, perkenankanlah Penulis mengucapkan terima kasih secara khusus kepada Florentianus Tat, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing I dan Milli A. Jumetan STr.Keb pembimbing II yang telah bersedia membimbing dan mendampingi Penulis dalam melaksanakan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Ucapan terima kasih juga Penulis berikan kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang, yang telah memperkenankan Penulis untuk menuntut ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap M.Kes selaku ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, yang telah mengizinkan mahasiswa melaksanakan kegiatan Laporan Tugas Akhir dalam menerapkan asuhan kebidanan persalinan.
3. dr.E. Evelina Corebima selaku Kepala Puskesmas Sikumana yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus di Puskesmas Sikumana Kupang
4. Ummu Zakiah, S. ST., M. Keb, selaku ketua Program Studi D-III Kebidanan, yang telah memfasilitasi Penulis dalam melaksanakan Laporan Tugas Akhir guna menyelesaikan tugas akhir.
5. Monika Salmau, Amd. Keb selaku pembimbing lahan yang selalu memberikan bimbingan dan arahan selama melaksanakan Laporan Tugas Akhir di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.
6. Para dosen Program Studi D-III Kebidanan yang selama ini telah memberikan ilmu dan mengajarkan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan.
7. Regina Frans, SST selaku wali kelas yang selalu mendukung dan memberikan motivasi kepada anak walinya dalam menyelesaikan semua tugas perkuliahan.

8. Ny. M.K dan keluarga atas ketersediaan selaku responden atas pengambilan Laporan Tugas Akhir.
9. Opa, Oma, Kedua orang tua tercinta Bapak Hermanus Minggu dan Mama Kristina Pula, ketiga adikku(rista,ursula,betrix), anak kamar A(olin,yuli,filo, sila dan omi), seluruh keluarga, tiada kata yang dapat di ucapkan untuk membalas kebaikan yang dengan penuh kesabaran dan penuh kasih sayang mendukung penulis dalam hal materi maupun spiritual dan doa sehingga penyusun bisa menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan baik.
10. Teman-teman Program Studi D-III Kebidanan angkatan VII STIKes CHM-K yang selalu bersama-sama dalam suka dan duka sehingga dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
11. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang telah memberikan bantuan dan dukungan.

Tidak ada sesuatu yang dapat penulis berikan sebagai balasan atas segala budi baik yang telah diberikan, hanya doa yang dapat penulis panjatkan kiranya bapa yang maha kasih senantiasa memberi dan menjaga kita sekalian.

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap bahwa laporan tugas akhir ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan/kebidanan.

Kupang, November 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN .....	I
HALAMAN SAMPUL DALAM DAN PRASYARAT GELAR .....	II
HALAMAN SURAT PERNYATAAN.....	III
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN .....	IV
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	V
HALAMAN BIODATA PENULIS .....	VI
HALAMAN MOTTO.....	VI
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	VI
HALAMAN ABSTRAK .....	IX
HALAMAN KATA PENGANTAR .....	X
HALAMAN DAFTAR ISI.....	XII
HALAMAN DAFTAR TABEL .....	XIII
HALAMAN GAMBAR.....	XIV
HALAMAN DAFTARLAMPIRAN .....	XV
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 LatarBelakang.....	1
1.2 RumusanMasalah .....	4
1.3 TujuanPenelitian .....	4
1.4 ManfaatPenelitian .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI</b>	
2.1 Konsep Dasar persalinan normal .....	8
2.2 Konsep Dasar perpanjangan fase laten .....	64
2.3 Patway.....	72

2.4 Konsep manajemen kebidanan dengan perpanjangan fase laten .....	73
---	----

### **BAB 3 METODE PENELITIAN**

3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian.....	81
3.2 Kerangka Kerja (Frame Work) .....	82
3.3 Populasi, Sampel, dan Sampling .....	83
3.4 Teknik dan instrumen pengumpulan data .....	84
3.5 Tempat dan waktu penelitian .....	84
3.6 Etika Penelitian .....	84

### **BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil Penelitian .....	87
4.2 Pembahasan.....	107

### **BAB 5 PENUTUP**

5.1. Kesimpulan .....	117
5.2. Saran.....	119

### **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.1	Diagnosa kebidanan .....	68

## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
2.1	Gambar posisi miring atau lateral.....	24
2.2	Gambar posisi jongkok.....	25
2.3	Gambar posisi merangkak.....	26
2.4	Gambar posisi semi duduk.....	27
2.5	Gambar posisi duduk.. ..	27
2.6	Gambar posisi berdiri .....	28
	Patway .....	72
	Kerangka Kerja .....	82

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul
Lampiran 1	Surat Pengantar
Lampiran 2	Lembaran Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	Lembaran Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 4	Surat keterangan Melaksanakan Penelitian
Lampiran 5	Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian
Lampiran 6	Format Asuhan Kebidanan ibu in partu dengan perpanjangan fase laten
Lampiran 7	Lembaran Konsultasi

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Persalinan merupakan proses pergerakan keluar janin, plasenta dan membrane dari rahim melalui jalan lahir. Persalinan adalah rangkaian peristiwa mulai dari kencang-kencang teratur sampai keluarnya produk konsepsi(janin, plasenta, ketuban dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau kekuatan sendiri (Sumarah, dkk,2009). Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu( Rohani dkk, 2011)

Menurut Prawirohardjo (2008) fase laten memanjang adalah suatu keadaan pada kala I dimana pembukaan serviks sampai 4 cm dan berlangsung lebih dari 8 jam. Pada dasarnya perpanjangan fase laten disebabkan oleh his yang tidak efisien, faktor jalan lahir, umur ibu, jarak anak dan kesalahan petugas dalam memberi diagnosa. Perpanjangan fase laten terjadi bila lebih dari 14 jam pada primigravida dan lebih dari 20 jam pada multipara. Menurut statistik persalinan macet dan pecahnya peranakan menyumbangkan 70% dari semua kematian ibu. Dengan mengetahui fase laten dalam persalinan maka akan membantu petugas kesehatan dalam pengambilan keputusan lebih awal kapan seorang ibu harus dipercepat atau diakhiri persalinan dan juga dapat meningkatkan mutu dan keteraturan pemantau janin dan ibu selama persalinan dan juga membantu menurunkan masalah janin dan ibu.



Salah satu penyebab perpanjangan fase laten adalah penggunaan analgesi terlalu cepat, kesempitan panggul, letak defleksi, kelainan posisi, regangan dinding rahim, (hidramnion, gemelli), perasaan takut ibu (Elster Ofset, 1981). Fase laten persalinan sangat bervariasi dari satu ibu ke ibu yang lainnya dan terkadang berlangsung sampai beberapa hari (Burvil, 2002). Fase laten dianggap memanjang jika berlangsung selama 20 jam atau lebih pada ibu nulipara dan selama 14 jam atau lebih pada ibu multipara (Friedman, 1978).

Di Indonesia dengan tingkat kematian ibu 450/100.000 kelahiran hidup perlu segera mengambil langkah-langkah yang positif untuk menanggulangnya antara lain agar setiap ibu hamil dapat di periksa oleh petugas kesehatan dan di mana agar segala kelainan yang timbul pada proses persalinan dapat diketahui lebih awal dan dapat segera diatasi. Mengetahui lebih awal persalinan abnormal dan mencegah terjadinya persalinan lama akan menurunkan resiko perdarahan postpartum dan sepsis secara bermakna yang pada akhirnya akan meniadakan persalinan macet, pecahnya kandungannya atau peranakan (ruptura uteri) dan akhirnya menurunkan kematian dan kesakitan ibu serta mengurangi risiko infeksi pada bayi yang baru lahir. Perpanjangan fase laten terjadi bila lebih dari 14 jam pada primigravida dan lebih dari 20 jam pada multipara. Menurut statistik persalinan macet dan pecahnya peranakan menyumbangkan 70% dari semua kematian ibu. Dengan mengetahui fase laten dalam persalinan maka akan membantu petugas kesehatan dalam pengambilan keputusan lebih awal kapan seorang ibu harus dipercepat atau diakhiri persalinan dan juga dapat meningkatkan mutu dan keteraturan pemantau janin dan ibu selama persalinan dan juga membantu menurunkan masalah janin dan ibu.

Penyebab kematian menurut survey kesehatan rumah tangga tahun 2001 yaitu perdarahan 24%, infeksi 11%, partus macet 5% dan sisanya disebabkan oleh penyebab lain. Penyebab utamanya kematian adalah perdarahan, infeksi dan toksemia, sehingga sekitar 90% kematian komplikasi obstetri yang sering tidak dapat diperkirakan sebelumnya. Seperti apa yang telah diuraikan di atas bahwa partus lama/macet menambah tingginya angka kematian ibu pada saat persalinan. Salah satu penyebab partus lama yaitu fase laten memanjang (menurut Rustam Mochtar, Sinopsis Obstetri, 1998). Di mana pada kondisi tersebut terjadi pemanjangan waktu saat pembukaan serviks dari 0 sampai 4 cm, yang mana pada waktu yang normal hanya membutuhkan waktu 8 jam tetapi pada fase laten memanjang ini membutuhkan waktu lebih dari 8 jam.

Dampak persalinan lama atau perpanjangan fase dapat menimbulkan konsekuensi serius bagi salah satu atau keduanya sekaligus. Dampak persalinan lama atau perpanjangan fase yang terjadi pada ibu antara lain infeksi intrapartum, rupture uteri, cincin retraksi patologis, pembentukan fistula, dan cedera otot-otot dasar panggul, sedangkan yang terjadi pada anatar lain caput succedaneum dan molase kepala janin (Prawihardjo, 2011). Oleh karena itu, petugas kesehatan harus benar-benar mempunyai penatalaksanaan yang baik untuk mengatasi hal tersebut. Sehingga komplikasi dalam proses persalinan dapat di tekan semaksimal mungkin.

Berdasarkan data yang diperoleh dari buku register Puskesmas Sikumana menunjukan bahwa pada tahun 2016 terdapat 259 persalinan dengan perpanjangan fase laten 4 orang, dan perpanjangan fase aktif sebanyak 11 orang, sedangkan pada bulan januari – juli 2017 terdapat 175 persalinan dengan perpanjangan fase laten 2 orang dan perpanjangan fase aktif 5 orang.

Asuhan kebidanan ini mempunyai aspek penting dalam kesehatan, karena wanita hamil, bersalin dan menyusui termasuk golongan yang memerlukan perhatian. Untuk itu diperlukan pengawasan persalinan sehingga berlangsung dengan baik dan bermutu.

Bidan merupakan salah satu tenaga dari tim pelayanan kesehatan yang keberadaanya paling dekat dengan ibu dan mempunyai peran penting dalam mengatasi masalah di tuntut memiliki wawasan yang luas, terampil dan sikap profesional. Bidan juga harus mampu membantu persalinan sebagai bagian dari tanggung jawabnya dan merawat bayi berusia beberapa bulan. Perawatan ini meliputi tindakan preventif, deteksi kondisi abnormal pada ibu dan anak, usaha memperoleh bantuan medis, dan pelaksanaan tindakan darurat pada saat pertolongan medis tidak ada. (Fraser, dkk. 2009).

Berdasarkan data di atas penulis tertarik melakukan studi kasus tentang penatalaksanaan “Asuhan pada Ibu Intrapartal Multigravida dengan Perpanjangan Fase Laten di Puskesmas Sikumana dengan pendekatan Manajemen Asuhan Kebidanan”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“ Bagaimana Asuhan Kebidanan Menggunakan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada ibu intrapartal Multigravida dengan Perpanjangan Fase Laten di Puskesmas sikumana ?

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Melaksanakan asuhan kebidanan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu intrapartal Multigravida dengan

Perpanjangan Fase Laten di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana dengan pendekatan manajemen kebidanan menurut Helen Varney.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian data pada ibu intrapartal multigravida dengan perpanjangan fase laten di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.
- b. Mampu melakukan dan menginterpretasikan data untuk menegakkan diagnosa/ masalah aktual pada ibu intrapartalmultigravida dengan perpanjangan fase laten di Ruang bersalin Puskesmas Sikumana.
- c. Mampu membuat antisipasi masalah potensial pada ibu intrapartal multigravida dengan perpanjangan fase laten di Ruang bersalin Puskesmas Sikumana.
- d. Mampu melaksanakan tindakan segera dan kolaborasi pada ibu intrapartal multigravida dengan perpanjangan fase laten di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.
- e. Mampu merencanakan tindakan dalam asuahn kebidanan pada ibu intrapartal multigravida dengan perpanjangan fase laten di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.
- f. Mampu melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada ibu intrapartal multigravida dengan perperpanjangan fase laten di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.
- g. Mampu mengevaluasi asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu intrapartalmultigravida dengan perpanjangan fase laten di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu dengan perpanjangan fase laten sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan Laporan Tugas Akhir berikutnya.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Penulis**

Dapat menambah ilmu pengetahuan bagi Penulis dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan perpanjangan fase laten sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan Laporan Tugas Akhir berikut.

#### **2. Bagi Profesi**

Sebagai salah satu masukan bagi organisasi profesi bidan upaya pelayanan proses persalinan. Menambah keterampilan bagi bidan yang memberikan pelayanan kesehatan, konseling dan dukungan pada ibu dengan perpanjangan fase laten..

#### **3. Bagi institusi**

Sebagaimana informasi yang dijadikan referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut bagi yang membutuhkan.

#### 4. Bagi Pasien

Diharapkan melakukan INC di fasilitas kesehatan terdekat sehingga apabila terjadi resiko pada persalinan dapat dideteksi sedini mungkin dan kesakitan/ kematian pada ibu akibat persalinan dapat diminimalkan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Dasar Persalinan Normal**

##### **2.1.1 Pengertian Persalinan**

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Pengeluaran persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney,2008).Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, dkk, 2010). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan posisi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohadjo, 2008).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi janin dan urin yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba,

2008). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (Nurasiah, 2012). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kehamilan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu dan janin (Sarwono, 2006).

### **2.1.2 Teori Penyebab Persalinan**

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut :

#### **1. Penurunan kadar progesterone**

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Sebaiknya estrogen meninggalkan keretakan otot rahim. Selama kehamilan terdapat kesinambungan antara kadar progesteron dan estrogen didalam darah, tetapi pada akhir kehamilan atau 1-2 minggu sebelum partus terjadi penurunan pada progesteron sehingga timbul his.

#### **2. Teori oxytosin**

Pada akhir kehamilan kadar oxytosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

#### **3. Kerenggangan otot-otot.**

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbulnya kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan



majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin retang.

#### 4. Pengeruh janin.

Hypofise dan kelenjar supra renal janin rupa-rupanya juga memegang peranan, oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

#### 5. Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 sampai aterm terus meningkat. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

#### 6. Teori Distensi Rahim

Keadaan uterus yang terus ,membesar dan menjadi tegang menjadikan iskemia otot-otot rahim sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya.

#### 7. Teori Plasenta menjadi tua.

Dengan bertambah usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi rahim.

### **2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

#### 1. Faktor Power

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi:

##### 1) His ( kontraksi Uterus )

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna dengan sifat-sifat: kontraksi

simetris, fundus dominant, kemudian diikuti relaksasi. Dalam melakukan observasi pada pasien bersalin, hal-hal yang harus diperhatikan dari his adalah:

- a. Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau per 10 menit.
- b. Intensitas his adalah kekuatan his (adekuat atau lemah).
- c. Durasi (lama his) adalah lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misalnya 50 detik.
- d. Interval his adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya.
- e. Datangnya his adalah apakah sering, teratur atau tidak.

Perubahan-perubahan akibat his:

- a. Pada uterus dan serviks, uterus teraba keras padat karena kontraksi. Serviks tidak mempunyai otot-otot yang banyak, sehingga muncul his maka terjadi pendataran (effacement) dan pembukaan (dilatasi) dari serviks.
- b. Pada ibu, rasa nyeri karena iskemia rahim, dan kontraksi rahim, terdapat pada kenaikan nadi dan tekanan darah.
- c. Pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang sehingga timbul hipkosia janin. DJJ melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologi.

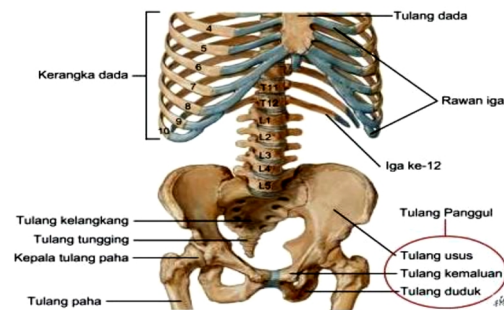
Pembagian his dan sifatnya:

- a. His pendahuluan, his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau bloody show.
- b. His pembuka (kala I), menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur, dan sakit.
- c. His pengeluaran (kala II), untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- d. His pelepasan uri (kala III), kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- e. His pengiring (kala IV), kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

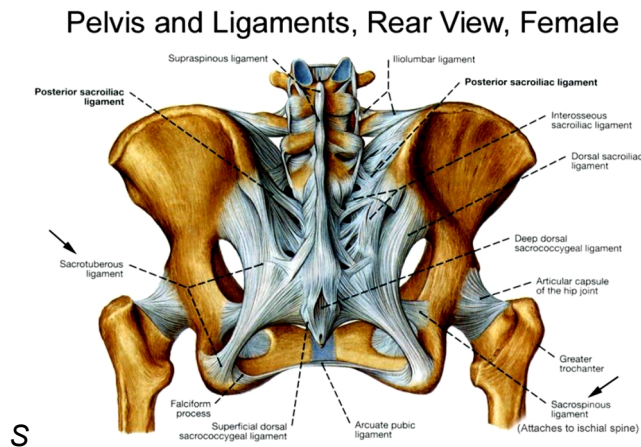
## 2) Tenaga Mengejan

- Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal.
- Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tapi jauh lebih kuat lagi.
- Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah.
- Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap, dan paling efektif sewaktu his.
- Tanpa tenaga mengejan, anak tidak dapat lahir.
- Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah dari dinding rahim.

## 2. Faktor Passage (panggul)



Gambar 2.1 Bagian-bagian tulang keras



Gambar 2.2 Bagian lunak panggul

Menurut Dwi Asri dan Cristine Clervo (2012):

1) Bagian-bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari 4 buah panggul:

- a) Dua *os coxae*: *Os iscinium*, *Os pubis*, *Os sacrum*, *Os illium*.
- b) *Os cossygis*

Pelvis mayor di sebelah atas pelvis minor, superior dari linea terminalis. Fungsi obstetriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

2) Bagian-bagian pelvis minor

Pelvis minor dibagi 3 bagian: pintu atas panggul/ PAP, *cavum pelvis*, pintu bawah panggul.

3) Bidang panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan.

- a) Pintu Atas Panggul
- b) Bidang terbesar pada *cavum pelvis*
- c) Bidang terkecil pada *cavum pelvis*
- d) Pintu Bawah Panggul.

3. Passager

Menurut Rohani 2011 hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari passage yaitu:

- 1) Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- 2) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- 3) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- 4) DJJ mulai terdengar minggu 18
- 5) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- 6) Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram.
- 7) Janin cukup bulan, lingkaran kepala dan bahu hampir sama, hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage
- 8) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:
  - a. Presentasi kepala (vertex, muka dan dahi)
  - b. Presentasi bokong: bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)
  - c. Presentasi bahu (letak lintang)
- 9) Sikap janin  
 Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi.
- 10) Posisi janin  
 Hubungan bagian/ point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur:
  - a. Sisi panggul ibu: kiri, kanan, dan melintang
  - b. Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula
  - c. Bagian panggul ibu: depan, belakang
- 11) Bentuk/ ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

#### **2.1.4 Tanda-tanda Persalinan**

Menurut Nurasiah (2012) tanda-tanda persalinan meliputi:

##### **1. Lightening**

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh:

- 1) Kontraksi *Braxton hick*
  - 2) Ketegangan otot
  - 3) Ketegangan ligamentum
  - 4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah
2. Makin tua usia persalinan, pengeluaran *progesteron* dan *estrogen* semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering di sebut his palsu. Sifat his palsu:
- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
  - 2) Datangnya tidak teratur
  - 3) Tidak ada perubahan serviks
  - 4) Durasinya pendek
  - 5) Tidak bertambah jika beraktivitas

Menurut bagian obstetric fisiologi (1983) tanda-tanda persalinan yaitu:

- 1) Terjadi his persalinan  
His persalinan mempunyai sifat:
  - a) Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan
  - b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
  - c) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
  - d) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah.
- 2) *Bloody show* (keluarnya lendir bercampur darah dari vagina).  
Saat his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.
- 3) Pengeluaran cairan  
Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

### 2.1.5 Tahapan Persalinan

Proses persalinan dibagi menjadi empat kala yaitu kala pembukaan, kala pengeluaran, kala uri dan kala pengawasan.

#### 2.1.5.1 Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, kala I disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah ( bloody show). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapilr yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam dua fase:

##### 1. Fase laten

Fase laten adalah pwriode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3 cm sampai 4 cm atau permulaan fase aktif. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit demi sedikit berlangsung 7-8 jam.

Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, intensitas dari mulai terjadi setiap 10 sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga kontraksi dengan intensitas sedang ( rata-rata 40 mmHg pada puncak kontraksi dari tonus uterus dasar sebesar 10 mmHg ) yang terjadi setiap 5 sampai 7 menit dan berlangsung selama 30 sampai 40 detik (Varney, 2007).

##### 2. Fase aktif

Fase aktif biasanya dimulai sejak ibu mengalami kontraksi teratur dan maju dari sekitar pembukaan 4 cm sampai pembukaan serviks sempurna (10cm). Fase aktif dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Fase akselerasi berlangsung selama 2 jam pembukaan dari 3 cm menjadi 4 cm.

- 2) Fase dilatasi berlangsung dalam waktu 2 jam dan pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm sampai 9 cm.
- 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm.

Fase-fase tersebut diatas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya servik berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serai penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multipara 7 jam (Sarwono, 2007).

#### 2.1.5.2 Kala II ( pengeluaran )

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan multipara berlangsung 1 jam ( Nuraisiah, 2012). Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Karena dalam hal ini kepala janin sudah diruang panggul, maka pada his rasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasa pula tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his, dan dengan his dan kekuatan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar his mulai lagi untuk mengeluarkan badan, dan anggota bayi ( Sarwono, 2007).



#### 2.1.5.3 Kala III ( kala uri)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi plasenta semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina (APN,2007).

#### 2.1.5.4 Kala IV (pengawasan)

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadahi selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Wiyati dkk,2009).

Kala IV merupakan proses yang terjadi sejak plasenta lahir sampai dengan 1-2 jam sesudahnya, hal-hal yang perlu di perhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali ke bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga diperhatikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikit pun dalam uterus.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah:

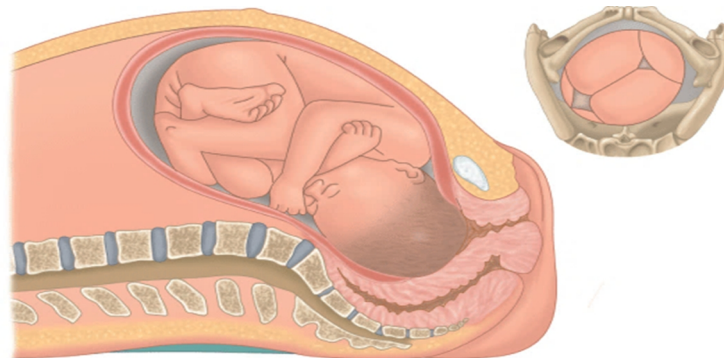
1. Tingkat kesadaran penderita
2. Pemeriksaan TTV : Tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan
3. Kontraksi uterus

4. Terjadinya perdarahan (perdarahan dikatakan normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc) (Wiyati dkk, 2009).

### 2.1.6 Mekanisme Persalinan Normal

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan

#### 1. Engagement



#### 2. Engagement, descent, flexion

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CV: *Williams Obstetrics*, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com>  
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Gambar 2.3 *Engagement*

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid.

Masuknya kepala:

- a. Pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan
- b. Pada multi terjadi pada permulaan persalinan

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/ membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/ posterior). Masuknya kepala ke dalam PAP, dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/ SS melintang. Bila SS di tengah-tengah jalan lahir: synklitismus, bila SS tidak di tengah-tengah jalan lahir: asynklitismus. Asynklitismus anterior: SS mendekati promontorium.

## 2. Desent



Gambar 2.4 *descent*

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke rongga panggul, akibat tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

## 3. Flexion



Gamb:

Pada umumnya terjadi flexi penuh/ sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul, membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmantikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala, fleksi bertambah, ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito bregmantika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/ dasar panggul.

#### 4. Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam): selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawakepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

- a. Ada his selaku tenaga/ gaya pemutar
- b. Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan.

Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstrasi.

Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar kedepan ke bawah simfisis.

- a. Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- b. Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala
- c. Tidak terjadi sebelum sampai Hodge III
- d. Sebab-sebab putaran paksi dalam:
  - 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah
  - 2) Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis)
  - 3) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul, diameter anteroposterior

#### 5. Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

- a. Defleksi dari kepala
- b. Pada kepala bekerja 2 kekuatan, yaitu mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas,
- c. Pusat pemutaran: hipomoklion

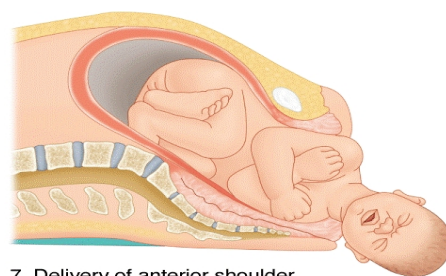
- d. Ekstansi terjadi sesuatu kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

#### 6. External rotation

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut bokong, dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir, memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi)
- b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak, putaran paksi luar sebenarnya
- c. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP
- d. Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang
- e. Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak.

#### 7. Ekspulsi



7. Delivery of anterior shoulder

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com> Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



8. Delivery of posterior shoulder

Source: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY: Williams Obstetrics, 23rd Edition: <http://www.accessmedicine.com> Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

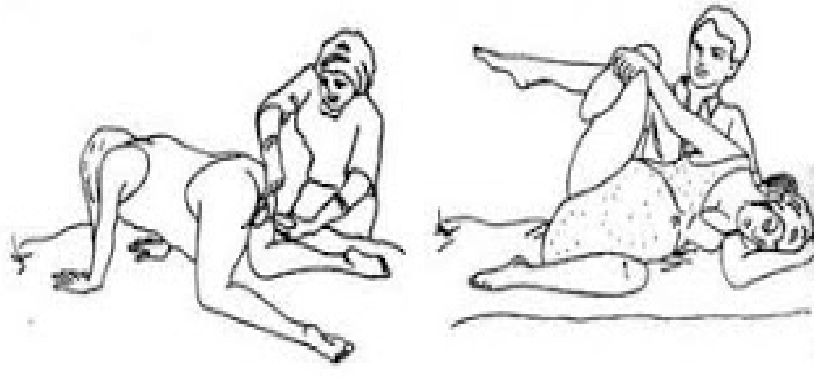
Gambar 2.6 kelahiran bahu depan (gambar kiri) dan belakang (gambar kanan)

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Nurasiah, 2012).

### 2.1.7 Posisi-posisi saat meneran

#### 1. Posisi Miring atau Lateral

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.1 Posisi Miring atau Lateral

Keuntungan :

- a) Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring kekiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- b) Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
- c) Mencegah terjadinya laserasi (Sulistyawati, dkk, 2010).

#### 2. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok

Keuntungan :

- a) Memperluas rongga panggul, diameter tranversa bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- b) Persalinan lebih mudah.
- c) Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- d) Mengurangi trauma pada perineum (Rohani, dkk, 2011)

### 3. Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007)



Gambar 2.3 Posisi Merangkak

Keuntungan :

- a. Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
- b. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- c. Membantu janin dalam melakukan rotasi.
- d. Peregangan minimal pada perineum (Sulistyawati, dkk, 2010).

#### 4. Posisi Semi Duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohani, dkk, 2011).



Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk

Keuntungan :

1. Memudahkan melahirkan kepala bayi.
2. Membuat ibu nyaman.
3. Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.



## 5. Posisi Duduk

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu.



Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan :

1. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
2. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
3. Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011).

## 6. Posisi Berdiri

Posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya (Rohani, dkk, 2011).



Gambar 2.6 Posisi Berdiri

Keuntungan :

1. Memanfaatkan gaya gravitasi.
2. Memudahkan melahirkan kepala.
3. Memperbesar dorongan untuk meneran (Rohani, dkk, 2011).

#### 2.1.8 Fisiologis Dan Psikologis ibu selama persalinan

1. Perubahan fisiologi persalinan kala I
  - 1) Perubahan pada uterus dan jalan lahir dalam persalinan yang meliputi:
    - a. Perubahan keadaan segmen atas dan bawah rahim pada persalinan:
      - a) Pada kehamilan lanjut, uterus terdiri atas dua bagian yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh istimulus uteri.
      - b) Kontraksi otot rahim mempunyai sifat yang khas yaitu:
        - (1) Setelah kontraksi maka otot tersebut tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi (Retraksi)

- (2) Kontraksi tidak sama kuatnya, tapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur-angsur berkurang ke bawah dan paling lemah egemen bawah rahim
- (3) Sebagian dari isi rahim keluar dari segmen atas dan diterima oleh segmen bawah
- (4) Jadi, segmen atas makin lama mengecil sedangkan segmen bawah makin regang dan makin tipis dan isi rahim sedikit demi sedikit pindah ke segmen bawah.
- (5) Karena segmen atas makintebal dan segmen bawah masih tipis, maka batas segmen atas dan bawah yang menjadi jelas dan akan membentuk lingkaran retraksi yang fisiologis.
- (6) Kalau segmen bawah sangat diregang maka lingkaran retraksi lebih jelas dan naik mendekat pusat dan akan membentuk lingkaran retraksi yang patologis atau lingkaran bandel

b. Perubahan pada bentuk rahim

- (1) Pada tiap kontraksi sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang maupun muka belakang berkurang
- (2) Hal di atas dapat terjadi karena ukuran melintang berkurang, artinya tulang punggung menjadi lebih lurus dan dengan demikian katup atas anak tertekan pada fundus sedangkan kutub bawah ditekan kedalam PAP.

c. Perubahan pada serviks

- (1) Agar bayi dapat keluar dari maka perlu terjadi pembukaan dari serviks
- (2) Pembukaan dari serviks ini biasanya didahului oleh pendataran dari serviks
- (3) Pendataran serviks adalah pendekatan dari kanalis servikalis, berupa sebuah saluran yang panjangnya 1-2 cm, menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis
- (4) Pembukaan dari serviks adalah pembesaran dari OUE yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang yang dapat dilalui anak kira-kira 10 cm diameter.

2) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

- a. Dalam kala I ketuban meregangkan bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui oleh anak
- b. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul diregang menjadi saluran dengan dinding yang tipis.
- c. Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.

3) Perubahan pada tekanan darah

- a. Tekanan Darah meningkat selama kontraksi, sistolik rata-rata naik 15 (10-20 mmHg, diastole (5-10 mmHg). Antara kontraksi, TD kembali normal pada level sebelum persalinan

- b. Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan TD
- c. Ada beberapa faktor yang mengubah TD ibu. Aliran darah yang menurun pada arteri uterus akibat kontraksi, diarahkan kembali ke pembuluh darah perifer. Timbul tahanan perifer, TD meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat. Wanita yang memiliki resiko hipertensi kni resikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak.

#### 4) Perubahan pada sistem metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara berangsur. Ditandai dengan peningkatan suhu, nadi, kardiak, output, pernapasan, dan cairan yang hilang. Peningkatan metabolisme disebabkan karena kecemasan, dan aktivitas otot skletal.

#### 5) Perubahan pada suhu tubuh

- a. Meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan
- b. Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan ini jangan melebihi 0,5-1°C.

#### 6) Perubahan detak jantung

- a. Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi
- b. Antara kontraksi sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan. Ibu harus diberitahu bahwa ia tidak boleh melakukan manuver valsava (menahan napas dan menegakkan otot

abdomen) untuk mendorong selama tahap kedua. Aktivitas ini meningkatkan tekanan intratoraks, mengurangi aliran balik vena dan meningkatkan tekanan vena. Curah jantung dan TD meningkat, sedangkan nadi melambat untuk sementara. Selama ibu melakukan manuver Valsalva janin dapat mengalami hipoksia. Proses ini pulih kembali saat wanita menarik napas.

#### 7) Perubahan pada sistem pernapasan

- a. Terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan dianggap normal
- b. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis. Sistem pernapasan juga beradaptasi. Peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi pernapasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbodioksida menurun), pada tahap kedua persalinan. Kecemasan juga meningkatkan pemakaian oksigen.

#### 8) Perubahan pada sistem ginjal

- a. Poliuria  
Peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal
- b. Proteinuria yang sedikit dianggap biasa  
Pada trimester kedua, kandung kemih menjadi organ abdomen. Selama persalinan wanita dapat mengalami kesulitan untuk berkemih secara spontan akibat berbagai alasan: edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman,

sedasi, dan rasa malu. Proteinuria +1 dapat dikatakan normal dan hasil ini merupakan respons rusaknya jaringan otot akibat kerja fisik selama persalinan. Poliuria sering terjadi selama persalinan mungkin disebabkan oleh peningkatan kardiak output, peningkatan filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

9) Perubahan pada sistem gastrointestinal

- a. Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat berkurang
- b. Pengangguran getah lambung berkurang
- c. Pengosongan lambung menjadi sangat lambat
- d. Mual muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I

10) Perubahan pada sistem hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2gr/100ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

1. Perubahan psikologi pada persalinan kala I

- a. Memperlihatkan ketakutan atau kecemasan, yang menyebabkan wanita mengartikan ucapan pemberi perawatan atau kejadian persalinan secara pesimistik atau negatif
- b. Mengajukan banyak pertanyaan atau sangat waspada terhadap sekelilingnya
- c. Memperlihatkan tingkah laku sangat membutuhkan
- d. Memperlihatkan tingkah laku minder, malu atau tidak berharga

- e. Memperlihatkan reaksi keras terhadap kontraksi ringan atau terhadap pemeriksaan
- f. Menunjukkan ketegangan otot dalam derajat tinggi
- g. Tampak menuntut, tidak mempercayai, marah atau menolak terhadap para staf
- h. Menunjukkan kebutuhan yang kuat untuk mengontrol tindakan pemberi perawatan
- i. Tampak lepas kontrol dalam persalinan (saat nyeri hebat, menggeliat kesakitan, panik, menjerit, tidak merespon saran atau pertanyaan yang membantu)
- j. Merasa diawasi
- k. Merasa dilakukan tanpa hormat
- l. Respons melawan atau menghindar yang dipicu oleh adanya bahaya fisik, ketakutan, kecemasan, dan distress lainnya.

## 2. Perubahan fisiologis dan psikologis kala II

### 1. Perubahan fisiologis pada kala II

#### a. Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 sampai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mengedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun pada akhirnya berada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg diantara kontraksi ketika wanita telah mengedan adalah hal yang normal (Varney,2008).



b. Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mengedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

c. Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mengedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

d. Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1°C (Varney, 2008).

e. Perubahan sistem pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008)

f. Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas, pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney, 2008).

g. Penurunan gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normlanya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstertrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

h. Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontinuitas kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Fraser, 2009).

Kontraksi menjadi ekspulsif pada saat janin turun lebih jauh kedalam vagina. Tekanan dan bagian janin yang berpresentasi menstimulasi reseptor saraf didasar pelvik (hal ini disebut refleks ferguson) dan ibu mengalami dorongan untuk mengejan. Refleks ini pada awalnya dapat dikendalikan hingga batas tertentu, tetapi menjadi semakin kompulsif, kuat, dan involunter pada setiap kontraksi. Respon ibu adalah menggunakan kekuatan ekspulsi sekundernya dengan mengontraksikan otot abdomen dan diafragma (Fraser, 2009).

i. Pergeseran jaringan lunak

Saat kepala janin yang keras menurun, jaringan lunak pelvis mengalami pergeseran. Dari anterior, kandung kemih terdorong keatas kedalam abdomen tempat resiko cedera terhadap

kandung kemih lebih sedikit selama penurunan janin. Akibatnya, terjadi peregangan dan penipisan uretra sehingga lumen uretra mengecil. Dari posterior rektum menjadi rata dengan kurva sakrum, dan tekanan kepala, menyebabkan keluarnya materi fekalresidual. Otot levator anus berdilatasi, menipis, dan bergeser kearah lateral dan badan perineal menjadi datar, meregang dah tipis. Kepala janin menjadi terlihat pada vulva, maju pada setiap kontraksi, dan mundur diantara koontraksi samapi terjadinya *crowning* (Fraser, 2009).

j. Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/ 100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fobrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Varney, 2008).

2. Perubahan psikologis pada kala II

- (1) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman, saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mules ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.
- (2) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat, denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan

meningkat, ibu berkeringat lebih banyak, akibat ibu merasa lelah sekali, kehausan ketika bayi sudah dilahirkan karena tenaga habis diapakai untuk meneran.

(3) Tidak sabaran, sehingga harmoni anatar ibu dan janin yang dikandung terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.

(4) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan “terasa lega”. Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mengedan, yaitu *exhaustion*, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat. Ibu merasa dirinya stres dengan ketidaknyamanan panggul ibu karena terdesak oleh kepala janin. Ibu akan panik jika janinnya tidak segera keluar dan takut persalinannya lama.

### 3. Perubahan fisiologis dan psikologis kala III

#### 1. Perubahan psikologis pada kala III

##### 1) Perubahan uterus

Perubahan uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus kekeadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksin otot-otot polos uterus (Ambarwati, 2010). Otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah

lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus atau ke dalam vagina.

## 2) Perubahan serviks

Setelah selesainya kala III persalinan serviks dan segmen bawah uteri dan menjadi struktur yang tipis kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat di masuki dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah terjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari. Setelah minggu pertama servik mendapatkan kembali tonusnya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal tertutup.

## 3) Perubahan Kardiovaskuler

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

## 4) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah sistolik dan diastolic mulai kembali ke tingkat sebelum persalinan. Hasil pengukuran tekanan darah bisa mengindikasikan adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemorrhage uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolic 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan

penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeclampsia (Maryunani, 2009).

#### 5) Perubahan nadi

Nadi  $>100$  x/menit, nadi secara bertahap kembali ke tingkat sebelum melahirkan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/ hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2007).

#### 6) Perubahan suhu

Suhu tidak lebih dari  $37,5^{\circ}\text{C}$ . suhu tubuh kembali meningkat perlahan. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2008).

#### 7) Perubahan pernafasan

Pernapasan kembali normal, pada peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok atau ansietas. Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti sebelum hamil pada bulan keenam setelah melahirkan (Maryunani, 2009). Pernapasan terjadi karena kenaikan sedikit banding denngan sebelum persalinan. Kenaikan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan mengendalikan pernafasan

(untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing.

#### 8) Perubahan metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

#### 9) Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan.

#### 10) Perubahan gastrointestinal

Konstipasi mungkin terjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena periniumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi (Varney, 2007).

### 11) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2gr/100ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

### 2. Perubahan psikologis pada kala III

- a. Ibu ingin melihat , menyentuh, dan memeluk bayinya
- b. Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya juga merasa sangat lelah
- c. Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- d. Menaruh perhatian terhadap plasenta

### 4. Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

#### 1. Perubahan Fisiologi kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan dua jam sesudahnya, ada pun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (masase). Untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

#### 1) Evaluasi uterus konsistensi, atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus-menerus



dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat dilakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan postpartum.

## 2) Pemeriksaan serviks, vagina , dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, serviks dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Serviks vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu. Pelepasan plasenta biasanya dalam waktu 5-10 menit pada akhir kala II. Memijat fundus seperti memeras untuk mempercepat pelepasan plasenta tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan kemungkinan masuknya sel janin kedalam sirkulasi ibu. Setelah kelahiran plasenta perhatian harus ditujukan pada setiap perdarahan rahim yang dapat berasal dari implantasi plasenta. Kontraksi uterus yaang mengurangi perdarahan ini, dapat dilakukan dengan pijat uterus dan

penggunaan oksitosin. Duapuluh unit oksitosin rutin ditambahkan pada infus intravena setelah bayi dilahirkan. Plasenta harus diperiksa untuk memastikan kelengkapannya. Kalau pasien menghadapi perdarahan masa nifas (misalnya karena anemia, pemanjangan masa augmentasi, oksitosin pada persalinan, kehamilan kembar atau hidramnion) dapat diperlukan pembuangan plasenta secara manual, eksplorasi uterus secaramanual atau kedua-duanya.

### 3) Pemantauan dan evaluasi lanjut

Pemantauan dan evaluasi lanjut pada persalinan kala IV antara lain:

- (1) Pemantauan tanda-tanda vital (TD, nadi, suhu)
- (2) Kontraksi uterus harus baik
- (3) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genetalia lainnya
- (4) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap
- (5) Kandung kemih harus kosong
- (6) Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma
- (7) Keadaan bayi baik
- (8) Keadaan ibu baik

Pemantauan tekanan darah pada ibu pasca persalinan digunakan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Adapun gejala syok yang diperhatikan antara lain: nadi cepat, lemah ( $110 \times /$  menit atau lebih), tekanan darah rendah (sistolik  $<90$  mmHg, pucat, berekringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat ( $>30 \times /$  menit),

cemas, kesadaran menurun atau tidak sadar serta produksi urin menjadi pekat, dan suhu yang tinggi perlu diwaspadai juga kemungkinan terjadinya infeksi dan perlu penanganan lebih lanjut.

#### 4) Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan kala IV persalinan dan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil.

Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena saat kelahiran tinggi fundus uterus telah berada 1-2 jari bawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang di hari ke-10 kelahiran.

#### 5) Lochea

Melalui proses katabolisme jaringan, berat uterus dengan cepat menurun dari sekitar 1000gr pada saat kelahiran menjadi sekitar 50gr pada saat 30 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisitasnya dan menjadi kaku seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran secret rahim (lochea) tampak merah (lochea rubra) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari lochea menjadi lebih pucat (lochea serosa) dan di hari ke-10 lochea tampak putih atau putih kekuningan (lochea

alba). Lochea yang berbau busuk diduga adanya suatu endometriosis.

#### 6) Kandung kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kencing harus diusahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat yang berguna untuk menghambat terjadinya perdarahan lanjut yang berakibat fatal bagi ibu.

#### 7) Perineum

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklarifikasikan berdasar luas robekan. Robekan perineum hamper terjadi pada hamper semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan cara menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin akan lahir jangan ditekan terlalu kuat dan lama.

### 2.1.9 Persiapan Asuhan Persalinan

Menurut Wiknjosastro, dkk (2008)

#### 1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Dimanapun persalinan terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut :

- a) Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
- b) Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.

- c) Air desinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
- d) Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
- e) Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.
- f) Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
- g) Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
- h) Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
- i) Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
- j) Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
- k) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- l) Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
- m) Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan.
- n) Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan

penjahitan, dan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi.

2. Persiapan rujukan.

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

3. Memberikan asuhan sayang ibu.

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk :

a) Memberikan dukungan emosional

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi. Kebanyakan ibu bersalin sulit mengemukakan pertanyaan secara langsung pada penolong persalinan pada saat bersalin. Kehadiran penolong pendamping memungkinkan ibu bersalin untuk

memiliki rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya langsung atau melalui pendamping tersebut.

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, atau keluarga atau seorang pilihan ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Anjurkan ibu untuk ditemani oleh suami, anggota keluarga atau teman yang diinginkan selama proses persalinan, menganjurkan mereka untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu dan mengidentifikasi langkah-langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

b) Memberikan cairan dan nutrisi

Makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan / atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

c) Pencegahan infeksi

Pencegahn infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

4. Persiapan Alat/Bahan.

SAF I

- a) Partus : 1 set
- b) Mono aural : 1 buah
- c) Kom obat berisi : oxytocin 4 ampul (1 ampul), lidokain 1 ½, ergometrin 1 ampul (0,2 mg)
- d) Sduit 3 Cc/5 Cc : 3 Pcs/1 Pcs

- e) Jarum Catgut Chromic : 1
- f) Kom Kapas Kering
- g) Kom Air DTT
- h) Betadine.
- i) Klorin Spray
- j) Hand Sanitizer
- k) Bengkok : 2
- l) Lampu sorot : 1
- m) Bak berisi : Kasa DTT, Kateter DTT, Sarung tangan DTT.
- n) Pita ukur
- o) Salep mata.

#### SAF 2

- a) Hecting set
- b) Penghisap lender
- c) Tempat plasenta
- d) Tempat klorin untuk sarung tangan
- e) Tempat spuit bekas
- f) Tempat ampul bekas
- g) Tensi meter/stetoskop/thermometer : 1/1/1

#### SAF 3

- a) Cairan RL : 3
- b) Abbocath No. 16-18
- c) Infuse set
- d) Celemek



- e) Waslap
- f) Sarung tangan steril
- g) Plastik merah
- h) Plastik kuning
- i) Plastik hitam
- j) Handuk
- k) Duk
- l) Kain bedong
- m) Baju/topi/popok bayi
- n) Kacamata
- o) Masker.

#### **2.1.10 Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)**

Persalinan merupakan proses fisiologis yang tidak akan habis sejalan dengan kelangsungan hidup manusia dimuka bumi ini. Asuhan Persalinan Normal (APN) disusun dengan tujuan terlaksananya persalinan dan pertolongan pada persalinan normal yang baik dan benar, target akhirnya adalah penurunan angka mortalitas ibu dan bayinya di Indonesia. APN terdiri dari 60 langkah, sebagai berikut:

- 1) Melihat dan memeriksa tanda dan gejala kala II. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran dan BAB, his yang dirasakan ibu semakin sering, tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

- 2) Memastikan pembukaan, kelengkapan alatpertolongan persalinan (partus set, heating set) dan obat-obatan (oksitosin, salep mata oxytetrasiklin 1%, HB0, dll).
- 3) Mempersiapkan diri pakai APD (masker, celemek plastik, sepatu boot)
- 4) Memastikan tangan tanpa perhiasan, mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan handuk bersih.
- 5) Membuka partus set dan mematahkan ampul oksitosin 10 IU dan menempatkan dispo 3 cc steril sekali pakai didalam partus set.
- 6) Pakai sarung tangan kanan untuk mengisap oxytosin 10 unit kedalam tabung suntik atau spuit 3 cc dengan teknik satu tangan dan memasukan kembali spuit kedalam partus set.
- 7) Memakai kedua sarung tangan untuk membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan kapas DTT. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap serta selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang bersarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan tersebut. Cuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan.
- 10) Memeriksa DJJ
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, ketuban pecah spontan, keadaan ibu dan janin baik, ibu boleh meneran jika timbul keinginan untuk meneran.

- 12) Meminta bantuan suami untuk mengatur posisi meneran sesuai keinginan ibu. Ibu memilih posisi setengah duduk.
- 13) Melakukan pimpinan persalinan pada saat his, memberi semangat dan pujian, menganjurkan ibu untuk istirahat dan minum diantara kontraksi serta menilai kembali DJJ.
- 14) Saat kepala janin sudah tampak pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, letakkan handuk yang bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi)
- 15) Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu untuk sokong perineum ibu.
- 16) Membuka partus setdan perhatikan kembali kelengkapan alat.
- 17) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan dan siap tolong
- 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan tangan kanan yang dialasi kain dan tangan kiri diletakkan di kepala bayi dengan tekanan lembut dan membiarkan kepala bayi lahir perlahan-lahan anjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
- 19) Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat serta memeriksa adanya kemungkinan lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai, jika hal itu tidak terjadi segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Ternyata tidak ada lilitan tali pusat.
- 20) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 21) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi, dengan lembut gerakan

kepala ke arah bawah dan distal sehingga bahu depan muncul di arkus pubis, kemudian gerakan ke atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 22) Setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah ke arah perineum ibu, menyanggah kepala, lengan, siku bagian bawah, gerakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan sebelah atas.
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki (masukan jari telunjuk diantara mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
- 24) Lakukan penilaian seperti yaitu: apakah bayi langsung menangis?, apakah bayi bernafas spontan tanpa kesulitan?, apakah tonus otot bayi dan warna kulit kemerahan?. Hasil penilaian selintas: bayi lahir langsung menangis, bernafas spontan tanpa kesulitan, tonus otot bayi baik ditandai dengan bayi bergerak aktif, dan warna kulit bayi kemerahan.
- 25) Segera keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali tangan tanpa membersihkan verniks kaseosa sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering biarkan bayi diatas perut ibu.
- 26) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus. Tidak ada bayi lagi pada uterus
- 27) Memberitahu ibu bahwa akan disuntikan oxytosin 10 IU/IM, agar uterus berkontraksi dengan baik.

- 28) Menjepit tali pusat dengan dengan umbilical cord kira-kira 3 cm dari pusat bayi kemudian mendorong isi tali pusat kearah distal dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal menggunakan klem dari umbilical cord pertama.
- 29) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang sudah dijepit (lindungi perut bayi) dan gunting tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- 30) Meletakkan bayi agar kontak kulit dengan ibunya, biarkan bayi melakukan IMD
- 31) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan pasang topi dikepala bayi.  
manjang, dan semburan darah meningkat.
- 32) Memberitahukan ibu bahwa akan disuntik oxytisin, uterus berkontraksi dengan baik.
- 33) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntik oxytosin 10 IU  $\frac{1}{2}$  paha atas bagian distal lateral ( lakukan aspirasi sebelum melakukan suntika oxytosin )
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm divulva
- 35) Meletakkan 1 tangan diatas 1 kain pada perut ibu ditepi simpisi untuk mendeteksi tangan yang lain meregangkan tali pusat
- 36) Setelah berkontraksi, regangkan tali pusat dengan tangan kanan, tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokarnial, jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan peregangan tali pusat melalui prosedur
- 37) Melakukan pereganagan dan dorongan dorsokarnial plasenta lahir atau terlepas minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar jarum jam dan kemudian kearah atas mengikuti proses jalan lahir ( tetap lakukan dorsokarnial
  - Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta

- 38) Saat plasenta muncul divagina, lahirkan plasenta kedua tangan pegang dan putar plasenta sehingga selaput ketuban jernih kemudian lahirkan plasenta dan dapatkan plasenta pada tempatnya yaang telah disediakan
- 39) Segera plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus letakan telapak tangan difundus dan dilakukan masase uterus dengan gerakan melingkar dan hingga uterus berkontraksi ( fundus teraba keras)
- 40) Periksa kedua posisi plasenta bagian ibu dan janin dan periksa selaput utuh atau tidak menyimpan plasenta pada tempatnya
- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina atau vulva perinium
- 42) Memeriksa kandung kemih
- 43) Mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % untuk membersihkan baik darah dan cairan tubuh dan bilas dengan handuk tanpa dilepas sarung tangan kemudian keringkan tangan dengan handuk.
- 44) Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 46) Memeriksa jumlah perdarahan
- 47) Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bernapas dengan baik, nadi baik
- 48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit
- 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi cairan tubuh dibuang ditempat yang sesuai yaitu sampah yang terkontaminasi seperti cairan tubuh dibuang

di tempat sampah medis dan sampah plastik dibuang ditempat sampah non medis

- 50) Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT
- 51) Memastikan ibu dalam keadaan nyaman dan bantu ibu membersihkan ASI kepada bayinya dan menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum kepada ibu
- 52) Mendekontaminasikan alat partus dengan larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % buka sarung tangan dan rendamkan selama 10 menit dan melapaskas alat pelindung diri (APD)
- 54) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang kering dan bersih
- 55) Memakai sarung tangan ulang
- 56) Melakukan pemeriksaan fisik bayi dan merawatkan bayi: BB
- 57) Memberitahu ibu bahwa akan melakukan penyuntikan Neo-k dipaha kiri setelah 1jam bayi lahir kemudian akan dianjurkan pemberian suntikan HB0 pada bayi dipaha kanan setelah 2 jam bayi lahir
- 58) Melepaskan sarung tanagn dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering
- 60) Melakukan pendokumentasian pada lembar partograf lembar depan dan belakang.

### 2.1.11 Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I.

Kegunaan partograf:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Hal ini merupakan bagian terpenting dari proses pengambilan keputusan klinik persalinan kala I.

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam mengambil keputusan dalam penatalaksanaan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm (fase aktif). Partograf sebaiknya dibuat untuk setiap ibu bersalin, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi. Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

- 1) Lembar depan partograf
  - a) Informasi ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban, dan catat waktu merasakan mules.
  - b) Kondisi janin
    - (a) Denyut jantung janin. Catat setiap 1 jam.
    - (b) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina:



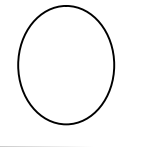
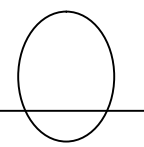
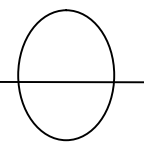
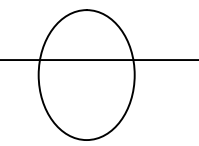
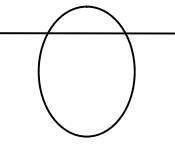
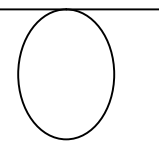
- U: Selaput ketuban masih utuh
- J: Selaput sudah pecah, air ketuban jernih
- M: Air ketuban pecah dan bercampur mekonium
- D: Air ketuban pecah bercampur darah
- K: ketuban sudah pecah dan cairan ketuban tidak mengalir (kering).

(c) Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase)

- 0: tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1: tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan
- 2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

(d) Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda (X).

(e) Penurunan. Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis; catat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala disimfisis pubis.

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III +	Bagian terbear kepala sudah masuk panggul
 = 1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
 = 0/5	H IV	Di perineum

(f) Garis waspada dan garis bertindak.

- 1) Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap (6 jam). Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.
- 2) Garis bertindak, tertera sejajar, di sebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada disebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

(g) Waktu. Menyatakan berapa jam yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

(h) Jam. Catat jam sesungguhnya.

(i) Kontraksi. Catat setiap setengah jam; lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik.

- Kurang dari 20 detik
- Antara 20 dan 40 detik
- Lebih dari 40 detik

- (j) Okstitosin. Jika memakai oksitosin, catatlah banyak oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
- (k) Obat yang diberikan. Catat semua obat yang diberikan.
- (l) Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar (.).
- (m) Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam mdan tanda dengan anak panah(↑)
- (n) Suhu tubuh. Catatlah setiap 2 jam.
- (o) Protein, aseton, dan volume urin. Catat setiap kali ibu berkemih.

Jika temuan-temuan melintas kearah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat (APN, 2008)

## 2) Lembar belakang partograf

Lembar belakang partograf merupakan catatan persalinan yang berguna untuk mencatat proses persalinan yaitu data dasar, kala I, kala II, kala III, kala IV, bayi baru lahir (Asri dan Cristine Clervo, 2012).

### a) Data dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat merujuk, pendamping saat merujuk dan masalah dalam kehamilan/ persalinan.

b) Kala I

Terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannya.

c) Kala II

Kala II terdiri dari episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu dan masalah penatalaksanaannya

d) Kala III

Kala III berisi informasi tentang inisiasi menyusui dini, lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensio plasenta >30 menit, lacerasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya.

e) Kala IV

Kala IV berisi tentang data tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan.

f) Bayi baru lahir

Bayi baru lahir berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya.

## **2.2 Konsep Dasar Perpanjangan Fase Laten**

### **2.2.1 Pengertian**

Fase laten adalah periode waktu awal dari persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif dan berlangsung 7-8

jam. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

Menurut surwono prawihardjo dalam buku pelayanan maternal dan neonatal fase laten memanjang adalah suatu keadaan pada kala I dimana pembukaan serviks sampai 4 cm dan berlangsung lebih dari 8 jam.

### **2.2.2 Faktor yang mempengaruhi fase laten memanjang**

Menurut Rustam Moctar, (2002) pada dasarnya fase laten memanjang dapat disebabkan oleh :

#### **a) His tidak efisien(adekuat)**

Timbulnya his adalah indikasi mulainya persalinan, apabila his yang timbul sifatnya lemah, pendek dan jarang maka akan mempengaruhi turunya kepala dan pembukaan serviks atau yang sering disebut dengan inkoordinasi kontraksi otot rahim. Keadaan inkoordinasi kontraksi otot rahim ini dapat menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk dapat menimbulkan pembukaan atau pengusiran janin dari dalam rahim.

#### **b) Faktor jalan lahir(panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)**

Jalan lahir adalah jalan lahir yang akan dilalui oleh janin. Jalan lahir dibagi atas bagian keras tulang-tulang panggul(rangka panggul) dan bagian lunak yang terdiri dari otot-otot, jaringan-jaringan dan ligamen-ligamen. Panggul ibu yang terlalu sempit atau gangguan penyakit pada tulang sehingga kepala bayi sulit untuk berdilatasi sewaktu persalinan. Selain itu serviks yang terlalu kaku juga dapat berdampak pada lamanya pembukaan adanya

tumor juga sangat mempengaruhi terhadap proses ilamanya persalinan. Jika terjadi tumor di organ reproduksi khususnya pada jalan lahir tentunya menghalangi proses lahirnya bayi.

c) Umur

Usia 20-35 tahun merupakan tahun terbaik wanita untuk hamil karena selain di usia ini kematangan organ reproduksi dan hormon telah bekerja dengan baik juga belum ada penyakit-penyakit degenerative, serta daya tahan tubuh masih kuat. Usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun tidak semua ibu dipastikan mengalami kemajuan persalinan yang normal, akan tetapi pada sebagian wanita dengan yang usia masih muda organ reproduksinya masih belum begitu sempurna dan fungsi hormon-hormon yang berhubungan dengan persalinan juga belum sempurna pula. Sedangkan pada ibu dengan usia lebih dari 35 tahun diketahui kerja organ-organ reproduksinya sudah mulai lemah sehingga bisa terjadi fase laten yang lama.

d) Kesalahan petugas kesehatan memastikan bahwa pasien sudah masuk dalam persalinan (inpartu) atau belum

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan. Penolong yang dimaksud adalah tenaga kesehatan (bidan atau dokter) yang membantu dalam proses persalinan berlangsung.

e) Jarak Anak

Jarak kehamilan yang terlalu jauh berhubungan dengan bertambahnya umur ibu. Hal ini akan terjadi proses denegative melemahnya kekuatan fungsi-fungsi otot uterus dan otot panggul yang sangat berpengaruh pada proses persalinan apabila terjadi kehamilan lagi kontraksi otot-otot uterus dan panggul yang lemah menyebabkan kekuatan his pada persalinan tidak adekuat sehingga banyak terjadi fase laten yang lama.

### 2.2.3 Resiko yang terjadi perpanjangan fase laten

Menurut vikhy Chapman, (2006) resiko yang dapat terjadi adalah :

a. Dampak pada ibu

Infeksi inpartum adalah bahaya yang serius yang mengancam ibu dan janinnya terutama bila disertai pecahnya ketuban. Bakteri didalam cairan amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh karior sehingga terjadi bakterimia dan sepsi pada ibu dan janin.

b. Efek pada Janin

Fase laten yang panjang dapat merugikan, apabila panggul sempit bisa terjadi gawat janin, infeksi. Infeksi intrapartum bukan saja merupakan penyulit yang serius pada ibu, tetapi juga merupakan penyebab penting kematian janin dan neonatus. Hal ini disebabkan bakteri didalam cairan amnion menembusselaput amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh karior, sehingga terjadi bakterimia pada ibu dan janin. Pneumonia janin akibat



aspirasi cairan amnion yang terinfeksi adalah konsekuensi serius lainnya.

#### **2.2.4 Penilaian klinis**

Menurut Sarwono Prawirihardjo menentukan keadaan janin :

- 1) Periksa DJJ selama atau segera setelah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya 1x dalam 30 menit. Selama fase aktif dan tiap 5 menit selama fase laten kala II.
- 2) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah, pikirkan kemungkinan gawat janin.
- 3) Jika tidak ada ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin juga menyebabkan gawat janin. Perbaiki keadaan umum dengan memberikan dukungan psikologis. Berikan cairan baik secara oral atau parental dan upayakan BAK.

#### **2.2.5 Diagnosa Kebidanan**

Menurut Supriadi dalam buku asuhan intrapartum pada fase laten memanjang ini mungkin terjadi partus lam. Maka dari itu bidan harus bisa mengidentifikasi keadaan ini dengan baik.

Tabel 2.1 Diagnosa

Tanda dan Gejala	Diagnosa
1. Serviks tidak membuka tidak didapatkan his/his tidak teratur.	Belum impartu
2. Pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah jam impartu dengan his yang teratur.	Fase laten memanjang
3. Pembukaan serviks melewati kanan garis waspada patograf. Frekuensi his kurang dari 3x his per 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik Pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tidak maju, sedangkan his baik Pembukaan serviks dan turunnya bagian janin yang dipresentasi tak maju dengan caput, terdapat moulase hebat, oedema serviks, tanda ruptur uter, gawat janin.	Fase aktif memanjang  Inersia Uteri  CPD  Obstruksi Kepala
4. Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mencedan, tetapi tidak ada kemajuan penurunan.	Kala II lama

Kekeliruan melakukan diagnosa persalinan palsu laten menyebabkan pemberian induksi yang tidak poerlu yang biasanya sering gagal. Hal ini menyebabkan tindakan operasi SC yang kurang perlu dan sering menyebabkan amnionitis. Oleh sebab itu maka petugas kesehatan atau bidan harus benar-benar tahu atau paham tentang perbedaan persalinan sesungguhnya dan persalinan palsu yaitu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

1. Persalinan sesungguhnya

- a. Serviks menipis dan membuka
- b. Rasa nyeri dengan internal teratur
- c. Internal antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek
- d. Waktu dan kekuatan kontraksi bertambah
- e. Rasa nyeri berada dibagian perut bagian bawah dan menjalar ke belakang.
- f. Dengan berjalan menambah intensitas.
- g. Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas rasa nyeri
- h. Lendir darah sering tampak
- i. Kepala janin terifiksi di PAP diantara kontraksi
- j. Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya
- k. Ada penurunan kepala janin

2. Persalinan semu

- a. Tidak ada perubahan serviks
- b. Rasa nyeri tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan internal antara nyeri yang satu dan yang lain
- d. Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
- e. Kebanyakan rasa nyeri dibagian depan saja
- f. Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
- g. Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas rasa nyeri
- h. Tidak ada lendir darah
- i. Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi

## 2.2.6 Penatalaksanaan

### 2.2.6.1 Penanganan secara umum (menurut sarwono prawirohardjo)

- a. Nilai secara cepat keadaan umum wanita hamil tersebut termasuk tanda-tanda vital dan tingkat hidrasi. Apakah ia kesakitan dan gelisah, jika ya pertimbangkan pemberian analgetik
- b. Tentukan apakah pasien benar-benar inpartu
- c. Upaya mendedan ibu menambah resiko pada bayi karena mengurangi jumlah O<sub>2</sub> ke plasenta, maka dari itu sebaiknya dianjurkan mendedan secara spontan dan mendedan dengan tidak menahan napas terlalu lama.
- d. Perhatikan DJJ

### 2.2.6.2 Penanganan secara khusus

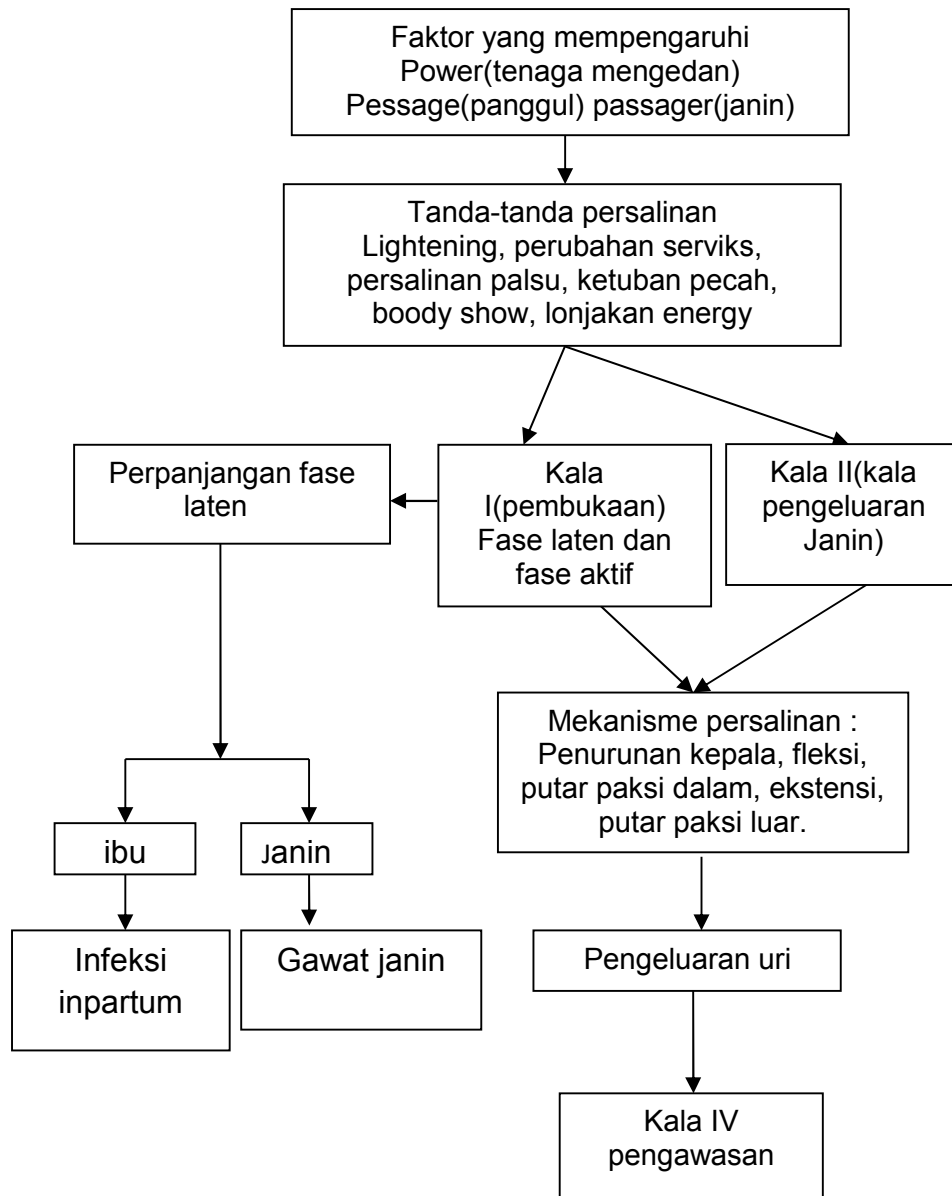
Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan pemeriksaan dengan jalan penilaian ulang serviks :

- a. Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks serta tak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis. Kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.
- b. Bila ada kemajuan dalam pembukaan serviks lakukan amniontomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostoglandin. Lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai His

adekuat(maksimum 40 tetes/menit) atau diberikan preparat prostaglandin. Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin lakukan seksio sesarea.

- c. Bila didapatkan tanda-tanda infeksi (demam,cairan vagina berbau) lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc NaCl mulai dari 8 tetes permenit setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat.
- d. Jika terjadi persalinan pervaginam stop antibiotik pasca persalinan
- e. Jika dilakukan seksisesarea di lanjutkan antibiotik ditambah metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam sampai ibu bebas demam selama 48 jam.

### 2.3 PATWAY



Gambar 2.3 Patway ibu bersalin dengan perpanjangan fase laten

Sumber : chapman, Vicky. 2006

## **2.4 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan pada Ibu bersalin dengan Perpanjangan Fase Laten**

Asuhan kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (IBI, 2007).

Manajemen kebidanan adalah Proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Helen Varney, 2008)

### **2.1.1 LANGKAH I : PENGKAJIAN**

#### **a. Data subjektif**

Menurut Helen Varney, (2008) hasil pemeriksaan didapat dari hasil wawancara langsung pada klien dan keluarga serta dengan tim tenaga kesehatan.

##### **1) Biodata**

Biodata yang dikumpulkan dari ibu dan suaminya, meliputi: nama, umur, agama, suku/ bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat lengkap.

##### **2) Keluhan Utama**

Data ini didapat dari pihak pasien berupa keluhan yang sedang pasien rasakan saat ini.

Meliputi : Kenceng-kenceng bertambah sering, keluarnya lender/ darah.

##### **3) Riwayat Menstruasi**

Meliputi HPHT, siklus haid, pendarahan pervaginam dan fluor albus.

4) Riwayat Kehamilan Sekarang

Meliputi riwayat AIVC, gerakan janin, tanda – tanda bahaya atau penyulit keluhan utama, obat yang dikonsumsi termasuk jamu.

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Meliputi keadaan saat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

6) Riwayat KB

Meliputi jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemakaian dan berhenti, keluhan/ alasan berhenti.

7) Riwayat Psikologi

Meliputi: pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu.

8) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi apakah terdapat keturunan kembar, penyakit keturunan, dan jenis penyakit lain dalam keluarga.

9) Riwayat Kesehatan yang Lalu

Meliputi penyakit menahun, penyakit menurun, dan penyakit menular yang pernah di derita ibu.

10) Latar Belakang Sosial Budaya

Meliputi kebiasaan / upacara adat budaya setempat, kebiasaan keluarga yang mendukung dan menghambat serta dukungan dari keluarga dan suami.



### 11) Pola Kebiasaan Sehari – hari

Meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, pola istirahat, pola aktivitas dan perilaku kesehatan.

### B. Data Objektif

Menurut Helen Varney,(2008) hasil pemeriksaan yang didapatkan pada ibu dengan perpanjangan fase laten adalah :

#### 1) Keadaan umum

Meliputi tingkat energi, keadaan emosional, postur badan ibu selama pemeriksaan TB dan BB.

Tanda – tanda vital

Tekanan darah : 110/70 – 130/90 mmHg

Nadi : 60 – 100 x/menit

Respirasi : 16 – 25 x/menit

Suhu : 36,5<sup>0</sup>c – 37,5<sup>0</sup>c.

Tinggi Badan : > 145 cm

BB saat hamil : .....kg

BB sekarang : .....kg

Kenaikan BB : .....kg

LILA : ≥23,5 cm

### 3 Pemeriksaan khusus

#### a. Inspeksi:

1. Kepala : simetris/ tidak, warna rambut, apakah ada ketombe/tidak, kebersihan kulit kepala, ada lesi/tidak ada benjolan/tidak.

2. Muka : simetris/tidak, pucat/tidak, cloasma gravidarum/ tidak

3. Mata : simetris/tidak, bersih/tidak, conjungtiva anemis/ tidak, sclera ikterus/ tidak
4. Hidung : simetris/tidak, ada pernafasan cuping hidung/tidak, ada sekret/tidak, ada pembesaran polip/tidak, bersih/tidak.
5. Mulut dan gigi : ada hipersalivasi/tidak, gigi ada caries/tidak, ada stomatitis/tidak, bibir lembab/tidak, lidah bersih/tidak.
6. Telinga : simetris/ tidak, ada serumen/ tidak, ada gangguan pendengaran atau tidak.
7. Leher : adakah pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
8. Axilla : ada pembesaran kelenjar limfe/tidak, bersih/tidak.
9. Payudara : bentuk simetris/tidak, pembesaran normal/tidak, hiperpigmentasi pada areola ada/tidak, ada tumor/tidak, bersih/tidak.
10. Abdomen : pembesaran sesuai UK/tidak, terdapat striae/tidak, adalinea/tidak, pembesaran lien ada/tidak.
11. Punggung : posisi tulang belakang normal/tidak.
12. Genetalia : oedem/ tidak, ada varices/ tidak, bersih/ tidak, ada pengeluaran/tidak, ada luka parut/tidak, adakah candidoma akuminata, anus ada hemoroid/tidak.
13. Ekstremitas : simetris/ tidak, oedem/ tidak, varices/ tidak, ada gangguan pergerakan/ tidak, jumlah jari normal atau tidak.

b. Palpasi

- 1) Leher : adakah pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid.
- 2) Payudara : ada nyeri tekan/ tidak, colostrum sudah keluar/ belum
- 3) Abdomen : Leopold I : 3 jari bawah px, bagian apa yang ada di fundus

Leopold II : menentukan letak punggung dan bagian terkecil janin

Leopold III : apakah yang menjadi bagian terendah janin, dan apakah sudah masuk PAP

Leopold IV : bagian terendah janin seberapa besar masuk ke PAP

4) Ekstremitas : ada odema/tidak.

b. Auskultasi

Perut : Bising usus normal. DJJ dapat didengar dengan menggunakan stetoskop monorektal 120 – 160 x/menit.

c. . Perkusi

Reflek patela : Positif

d. Pemeriksaan Dalam

Vulva atau Vagina : bersih atau kotor, ada pengeluaran pervaginam atau tidak

Pembukaan Serviks : 4 – 10 cm

Effacement/Penipisan : ...%

Air Ketuban : warna, jenis, mekonium atau tidak, khas

Presentasi : kepala atau bokong

Denominator : UUK.

Moulage : Ada / tidak

Penurunan : hodge ke berapa

e. Pemeriksaan penunjang

II. analisa masalah dan diagnosa

Menurut prawirohardjo(2008) analisa masalah dan diagnosa pada ibu adalah :

Diagnosa : ibu G..P..A..AH.. UK ..., janin tunggal hidup, intrauterin, pres-kep, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu baik, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten.

### III. Antisipasi masalah potensial

Antisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi pada kasus ini adalah pendarahan post partum dan gawat janin.

### IV. Tindakan Segera

Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan penilaian:

- a. Bila kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin. Lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai His adekuat (maksimum 40 tetes/menit) atau diberikan preparat prostaglandin. Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin lakukan seksio sesarea. (Helen Varney, 2008)
- b. Bila didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau) lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat (maksimum 40 tetes/menit atau diberikan preparat prostaglandin, serta berikan antibiotik kombinasi sampai persalinan yaitu ampicilin 29 gr IV. Sebagai dosis awal dan 1 gr IV setiap 6 jam ditambah dengan gestamin setiap 24 jam). (Helen Varney, 2008)

## V. Perencanaan

Pengobatan/penanganan pada fase laten memanjang, lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam, 500 cc destrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai His adekuat (maksimum 40 tetes/menit) atau diberikan preparat prostaglandin. Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin lakukan seksio sesarea. (Helen Varney, 2008)

## VI. Pelaksanaan

Menurut Helen Varney,(2008) Langkah ini dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan ketentuan melaksanakan tindakan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dengan delegasi kepada teman sejawat.

- a. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
- b. Mengobservasi TTV, DJJ, His
- c. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
- d. Mengobservasi persalinan melalui patograf
- e. Menganjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri atau kanan
- f. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi
- g. Melibatkan keluarga dalam proses persalinan
- h. Menyiapkan alat dan bahan yang sesuai dan lengkap.

## VII. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam manajemen kebidanan untuk kegiatannya dilakukan terus menerus dengan melibatkan pasien, bidan, dokter dan keluarga. Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan yaitu meliputi pemenuhan kebutuhan. Hal tersebut dapat membantu untuk mengetahui terpenuhinya bantuan sesuai kebutuhan

sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnose dari masalah. Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan. Evaluasi diharapkan pada inpartu dengan kehamilan risiko adalah keadaan umum baik, pelaksanaan persalinan normal, tidak terjadi komplikasi diantaranya perdarahan pasca partum (Hyre, 2003).

## **BAB III**

### **METODELOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian**

##### **3.1.1. Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroasmoro, 2011).

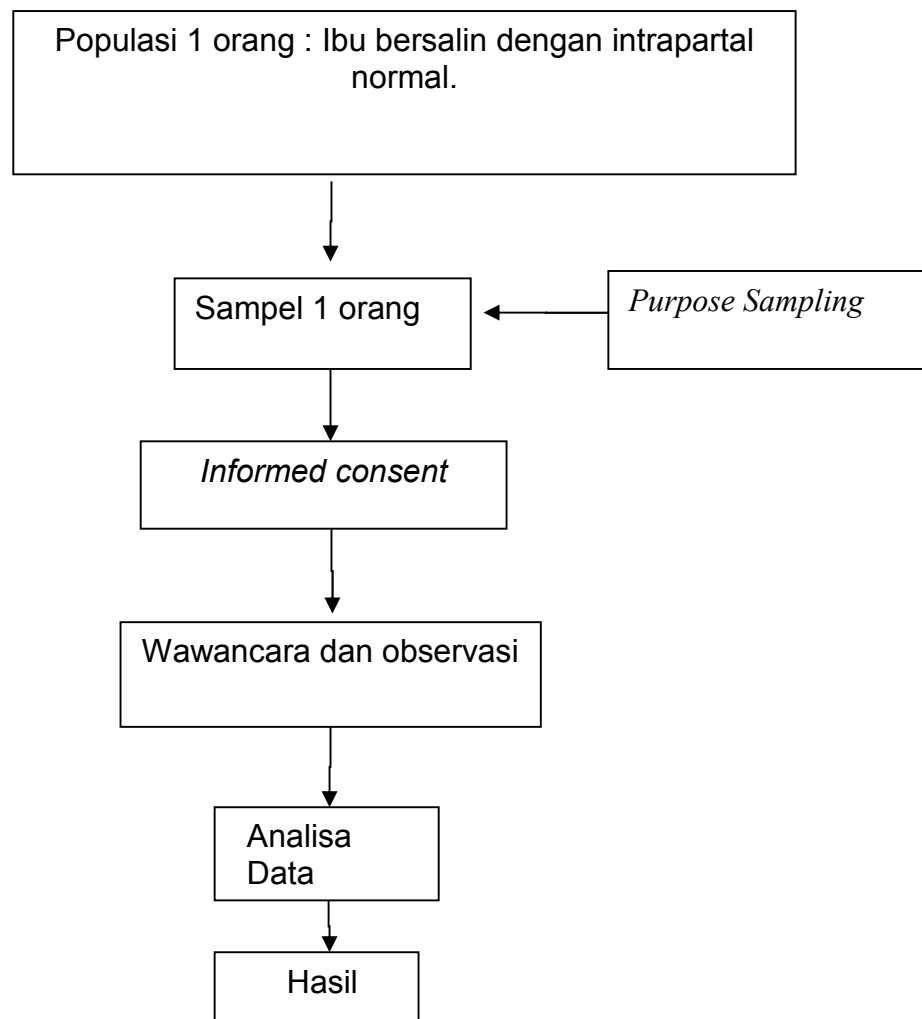
##### **3.1.2. Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmodjo, 2002).

### 3.2 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Tabel 3.1 Kerangka kerja penelitian kasus pada ibu bersalin normal

Sumber : sastroasmoro,2011



### **3.3 Populasi, Sampel dan Sampling**

#### **3.3.1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah ibu bersalin dengan intrapartal normal yang sedang dirawat diruangan bersalin Puskesmas Sikumana.

#### **3.3.2. Sampel**

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Sampel yang digunakan menggunakan criteria sampel Inklusi (criteria yang layak diteliti). Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan criteria inklusi (Setiadi, 2013). Kriteria inklusinya adalah bersedia menjadi responden, ibu bersalin. Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu bersalin normal sedang dirawat di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

#### **3.3.3. Sampling**

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampai yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan melewati keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2010). Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *Purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subjektif dan praktis, bahwa responden

tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

#### **b. Teknik dan Instrument Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data merupakan cara penelitian untuk mengumpulkan data yang akan dilakukan dalam penelitian. Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati teknik dan instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu wawancara, observasi, dan dokumentasi. Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat dan syarifudin 2011). Dalam metode wawancara ini, instrument yang digunakan yaitu format pengkajian ibu intrapartal Stikes Citra Husada Mandiri Kupang.

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Dalam metode observasi ini, instrument merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli yang digunakan dalam penelitian ini yaitu status ibu (Hidayat dan Syarifudin 2011).

#### **3.5 Tempat Dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana Kota Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 13 Juli s/d 20 Juli 2017.

#### **3.6 Etika Penelitian**

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan

langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan.

Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain (Hidayat, 2010) :

1) *Informed consent* (Persetujuan).

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antarlain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun

masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN****4.1 Hasil Penelitian****4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Klinik bersalin Puskesmas Sikumana adalah salah satu bagian dari puskesmas Sikumana yang merupakan puskesmas PONED (Penanganan Obstetric Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas atau kemampuan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetric dan neonatal dasar yang siap 24 jam, sebagai rujukan antara kasus-kasus rujukan dari polines dan puskesmas. Tugas puskesmas PONED adalah menerima rujukan dari fasilitas rujukan dibawahnya, puskesmas pembantu dan pondok bersalin desa, melakukan pelayanan kegawatdaruratan obstetric neonatal sebatas wewenang dan melakukan rujukan secara aman kerumah sakit dengan penanganan peraha hospital. Puskesmas Sikumana terletak di Kelurahan Sikumana, Kecamatan Maulafa Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Puskesmas Sikumana memiliki batasan wilayah kerja sebagai berikut :

1. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Kupang Tengah
2. Sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Alak
3. Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo
4. Sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Kupang Barat.

Klinik bersalin Puskesmas Sikumana memberikan pelayanan obstetric neonatal. Klinik bersalin puskesmas sikumana terdiri dari 16 ruangan. 2 ruangan bersalin yang terdiri dari 4 bed, 3 troli berisi alat partus set, heting set, alat resusitasi, 4 buah meja resusitasi, 2 lampu

sorot, 4 tempat sampah medis, 4 tempat sampah non medis, 4 sepatu bot, 1 ruangan tempat cuci alat dan stoma lat, ruang bersalin 2 terdapat alat USG, 2 ruangan nifas yang berisi 4 tempat tidur, 4 tiang infuse, 4 lemari penyimpanan barang, 2 kipas angin dan 2 kamar mandi, 1 ruangan dan 1 buah lemari penyimpanan obat-obatan dan 1 kulkas, 1 ruangan penyimpanan alat, 1 ruangan tidur bidan dan 1 buah meja serta 6 buah kursi, 1 ruangan kepala, 1 ruangan dapur, 2 kamar mandi bidan, 1 ruangan tempat penyimpanan linen, 1 ruangan tempa penyimpanan pakaian kotor dan 1 ruangan berisi data-data/dokumen pasien. Diklinik bersalin puskesmas sikumana pelayanan yang diberikan dilaksanakan oleh 12 bidan dan 4 dokter. Sistem kerja petugas kesehatan ini menggunakan pembagian 3 sift jaga yakni pagi jam 08.00-14.00, siang jam 14.00-20.00, dan malam 20.00-08.00.

#### **4.1.2. Gambaran Kasus**

##### **1. Pengkajian**

##### **a. Data Subjektif**

Ibu masuk kamar bersalin hari Rabu tanggal 19 Juli 2017, jam 14.30 wita. Pengkajian ini dilakukan pada hari Rabu tanggal 19 Juli 2017, jam 14.30 wita, didapatkan data subyektif pasien Ny. M.K umur 41 tahun, beragama Kristen Protestan, suku Timor, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga. Suami Tn. N.T, umur 41 tahun, agama Kristen protestan, suku Timor, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan Ojek,

Ibu mengatakan sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir darah sejak tanggal 19-07-2017 jam 14.00 wita, Riwayat haid:

Menarche 13 tahun, lama 5-6 hari, siklus 28-30 hari, sifat darah encer, banyaknya 3 x ganti pembalut, HPHT 09-10-2016.

Riwayat menikah, status perkawinan syah lamnya menikah 5 tahun, umur saat menikah 36 tahun.

Riwayat kehamilan sekarang, melakukan pemeriksaan ANC 9 x teratur, di Pustu bello, , pergerakan janin dalam 24 jam terakhir sering imunisasi TT sudah diberikan 1 kali pada tanggal 12-05-2017. Riwayat persalinan yang lalu, anak pertama lahir pada tanggal 11-02-2004, jenis persalinan normal, UK aterm, penolong persalinan bidan, tempat persalinan RS, keadaan bayi lahir hidup, jenis kelamin perempuan berat badan 2800, anak kedua lahir pada tanggal 11-01-2007, jenis persalinan normal, UK aterm, penolong persalinan bidan, tempat persalinan puskesmas, keadaan bayi lahir hidup, jenis kelamin perempuan berat badan 3100, anak ketiga lahir pada tanggal 12-07-2010, jenis persalinan normal, UK aterm, penolong persalinan bidan, tempat persalinan puskesmas, keadaan bayi lahir hidup, jenis kelamin laki-laki, berat badan 2800, semuanya sehat, penyakit yang pernah diderita tidak ada.

Pernah menggunakan KB yaitu KB suntik lamanya 2 tahun, tidak ada efek samping dalam pemakaian KB. Alasan berhenti ingin memiliki anak lagi, Riwayat kesehatan penyakit yang pernah diderita tidak ada, Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan tidak ada, keadaan psikologi respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu dan keluarga senang dengan terhadap kehamilan ini, dukungan keluarga ada, beban kerja dan kegiatan sehari-hari yaitu memasak, mencuci, menyapu, jenis kelamin yang diharapkan laki-laki perempuan sama saja, pengambilan

keputusan dalam keluarga suami perilaku kesehatan rokok, konsumsi obat terlarang tidak ada, minum kopi jarang, latar belakang budaya kebiasaan melahirkan ditolong oleh bidan, pantangan makanan tidak ada, kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan tidak ada, kepercayaan yang berhubungan dengan nifas tidak ada, Riwayat seksual ada perubahan pola hubungan seksual, tidak ada penyimpangan atau kelainan seksual.

Riwayat diet atau makanan, makan terakhir jam 12.30 wita (19-07-2017) Jenis makanan: nasi, porsi 1 piring sedang, Frekuensi makan: 3-4 kali/ hari, Lauk-pauk: sayur ikantahu-tempe, daging, Minum air 6-8 gelas/ hari, susu 1 gelas/ hari, tidak ada keluhan, Riwayat pola eliminasi BAB terakhir jam 17.00 wita, frekuensi 1 kali/ hari, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, konsistensi lembek, BAK terakhir jam 07.30 wita, frekuensi: 5-6 kali/ hari, warna kuning jernih, bau khas urin,, Riwayat Pola istirahat: tidur siang 1-2 jam, tidur malam 6-7 jam,, Riwayat Kebiasaan diri, mandi 2 kali/ hari, mandi terakhir jam 07.00 wita sebelum datang dan sudah menggantikan pakaiannya, sikat gigi 3x/hari, ganti pakaian dalam 3x/hari, ganti pakaian luar 2x/hari, keramas rambut 2 kali/ minggu, perawatan payudara: dilakukan sebelum mandi menggunakan baby oil dan bersihkan menggunakan kapas.

#### **b. Data objektif**

Hasil data obyektif: TP: 16-07-2017, pemeriksaan umum: keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah meringis saat ada his, Tanda-tanda vital; S: 37,5°C, N: 76 x/ menit,



TD: 120/ 70 mmHg, RR: 20 x/ menit. BB sebelum hamil:- , timbang BB terakhir sekarang: 51,4 kg, TB: 150 cm, Lila: 24 cm.

#### Pemeriksaan fisik

##### Inspeksi:

Kepala bersih, tidak ada bekas luka, Rambut tidak rontok, hitam, tidak ada ketombe, Wajah Bentuk oval, Kulit tidak ada, Cloasma gravidarum tidak ada, Oedema tidak ada, Mata Conjunctiva merah muda Sclera putih, Oedema tidak ada, Telinga Bentuk simetris, Hidung. Bentuk normal, tidak ada kelainan, Mulut Mukosa bibir lembab, Warna bibir merah muda, Stomatitis/sariawan tidak ada, Gigi Kelengkapan gigi lengkap, Caries gigi, tidak ada, Tenggorokan Warna merah muda, Tonsil tidak ada, Leher Tidak ada pembesaran kelenjar limfe , Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada bendungan vena jugularis Dada Bentuk simetris, Mammary Bentuk simetris, Areola hiperpigmentasi kanan dan kiri Puting susu menonjol, Perut Bentuk membesar sesuai UK, ada Linea nigra, Ada Striae albicans, tidak ada Bekas luka operasi, Ekstremitas Bentuk simetris kanan dan kiri Varices tidak ada Oedema tidak ada, Vulva, vagina dan anus bersih, Bentuk normal, PPV ada, lendir dan darah, tidak ada Varises dan Haemoroid

##### Palpasi :

Kepala tidak ada oedema dan tidak ada benjolan, Leher Tidak ada pembesaran kelenjar limfe tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis. Payudara tidak ada masa dan tidak ada benjolan, Mammary colostrum : kanan (+) / kiri (+)

Leopold I: TFU 1/2 Px pusat , bagian fundus teraba lunak, agak bulat, dan tidak melenting (bokong) Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung janin) pada perut ibu bagian kiri terababagian-bagian terkecil janin (ekstermitas); Leopold III: bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala) Leopold IV: bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen) 4/5. Mc. Donald: 33 cm. TBBJ: 3410 gram.

Auskultasi

Djj + terdengar jelas, dan teratur(doppler) pada titik maksimum pada perut ibu bagian kanan bawah pusat ibu, frekuensi 140x/menit.

Perkusi

Refleks pattela tidak dilakukan

Jam 14.30 wita, kontraksi: 3 kali 10 menit, lama 20-25 detik, kuat, teratur.Vulva:tidak ada kelainan dan oedema Vagina: tidak ada kelaianan, tidak ada oedema, ada pengeluaran lendir bercampur darah.

Pemeriksaan dalam, tanggal: 19-07-2017, Jam: 14.30 wita, Oleh: bidan dan mahasiswa, portio: tebal lunak, pembukaan: 2 cm, kantong ketuban: positif, bagian terendah: kepala, posisibelum jelas, Molase: tidak ada. Turun hodge: I.Pemeriksaan laboratorium: tidak dilakukan urine reduksi dan albumin,HB : 8,2 gram %, Golongan Darah : O. tidak dilakukan USG dan Rontgen.

## **2. Analisa Masalah dan Diagnosa**

Berdasarkan hasil pengkajian data didapatkan diagnosa yaitu ibu G<sub>4</sub> P<sub>3</sub> A<sub>0</sub> AH<sub>3</sub>, UK 40 minggu 3 hari, janin tunggal hidup, intrauterin, pres-kep, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu baik, inpartu kala I dengan

perpanjangan fase laten. Data dasar yang mendukung adalah Ibu mengeluh sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir darah sejak tanggal 19-07-2017 jam 14.00 wita, tetapi belum keluar air-air.

Data objektif yang menunjang diagnosa adalah dari Tanda-tanda vital; S: 37,5°C, N: 76 x/ menit, TD: 120/ 70 mmHg, RR: 20 x/ menit. BB sebelum hamil:- , timbang BB terakhir sekarang: 51,4 kg, TB: 150 cm, Lila: 24 cm.

#### Pemeriksaan fisik

##### Inspeksi :

Kepala bersih, tidak ada bekas luka, Rambut tidak rontok, hitam, tidak ada ketombe, Wajah Bentuk oval, Kulit tidak ada, Cloasma gravidarum tidak ada, Oedema tidak ada, Mata Conjunctiva merah muda Sclera putih, Oedema tidak ada, Telinga Bentuk simetris, Hidung. Bentuk normal, tidak ada kelainan, Mulut Mukosa bibir lembab, Warna bibir merah muda, Stomatitis/sariawan tidak ada, Gigi Kelengkapan gigi lengkap, Caries gigi, tidak ada, Tenggorokan Warna merah muda, Tonsil tidak ada, Leher Tidak ada pembesaran kelenjar limfe , Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada bendungan vena jugularis Dada Bentuk simetris, Mammary Bentuk simetris, Areola hiperpigmentasi kanan dan kiri Puting susu menonjol, Perut Bentuk membesar sesuai UK, ada Linea nigra, Ada Striae albicans, tidak ada Bekas luka operasi, Ekstremitas Bentuk simetris kanan dan kiri Varices tidak ada Oedema tidak ada, Vulva, vagina dan anus bersih, Bentuk normal, PPV ada, lendir dan darah, tidak ada Varises dan Haemoroid

Palpasi :

Kepala tidak ada oedema dan tidak ada benjolan, Leher Tidak ada pembesaran kelenjar limfe tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis. Payudara tidak ada masa dan tidak ada benjolan, Mammae colostrum : kanan (+) / kiri (+)

Leopold I: TFU 1/2 Px pusat , bagian fundus teraba lunak, agak bulat, dan tidak melenting (bokong) Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung janin) pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstermitas); Leopold III: bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala) Leopold IV: bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen) 4/5. Mc. Donald: 33 cm. TBBJ: 3410 gram.

Auskultasi

Djj + terdengar jelas, dan teratur (doppler) pada titik maksimum pada perut ibu bagian kanan bawah pusat ibu, frekuensi 140x/menit.

Perkusi

Refleks patella tidak dilakukan

Jam 14.30 wita, kontraksi: 3 kali 10 menit, lama 20-25 detik, kuat, teratur. Vulva: tidak ada kelainan dan oedema Vagina: tidak ada kelainan, tidak ada oedema, ada pengeluaran lendir bercampur darah.

Pemeriksaan dalam, tanggal: 19-07-2017, Jam: 14.30 wita, Oleh: bidan dan mahasiswa, portio: tebal lunak, pembukaan: 2 cm, kantong ketuban: positif, bagian terendah: kepala, posisi belum jelas, Molase: tidak ada. Turun hodge: I. Pemeriksaan laboratorium: tidak dilakukan urine

reduksi dan albumin, HB : 8,2 gram %, Golongan Darah : O. tidak dilakukan USG dan Rontgen.

### **3. Antisipasi Masalah Potensial**

Antisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi pada kasus ini adalah pendarahan post partum dan gawat janin.

### **4. Tindakan segera**

Untuk mengatasi masalah potensial yang akan terjadi pada kasus ini adalah mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital.

### **5. Perencanaan**

Perencanaan, tanggal: 19-07-2017, Jam: 15.30 wita. Diagnosa ibu G4P3AOAH3, UK : 40 minggu 3 hari janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten keadaan ibu dan janin baik. Adalah Berikan dukungan emosional dan pendekatan terapeutik memberi dukungan dan pendekatan yang baik akan terjalin kerja sama serta kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan, Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan Informasi yang jelas merupakan hak ibu dan keluarga, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Observasi DJJ, His, nadi tiap 30 menit dan pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam, menilai kemajuan persalinan dan keadaan patologis yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dan menjaga privacy ib.,

Asuhan sayang ibu sehingga proses persalinan dapat berlangsung dengan lancar. Jelaskan pada ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap Meneran sebelum pembukaan lengkap (10 cm) dapat

menguras tenaga ibu dan menimbulkan udem pada jalan lahir. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri dan berjalan-jalan disekitar ruangan. Tidur miring kiri mengurangi tekanan pada vena cava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O<sub>2</sub> dari ibu ke janin. Anjurkan ibu berkemih jika ada rasa untuk berkemih, kandung kemih yang penuh menghambat penurunan kepala, selain itu kandung kemih yang penuh menekan dan menimbulkan nyeri pada abdomen bawah wanita.

Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi, Makan dan minum yang cukup selama persalinan memberi energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi. Siapkan kelengkapan persalinan, Kelengkapan persalinan dapat mempermudah dan mencegah keterlambatan dalam pertolongan persalinan. Masalah Gangguan Rasa Nyaman Akibat Nyeri Jelaskan pada ibu penyebab rasa nyeri yang dirasakan, Penjelasan yang diberikan membantu ibu untuk lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan. Ajarkan ibu tentang teknik relaksasi, yaitu menarik nafas yang dalam dari hidung dan menghembuskan melalui mulut Menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut merupakan salah satu teknik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Lakukan masase pada daerah lumbalis (pinggang) ibu pada saat his. Masase daerah lumbalis bertujuan untuk merangsang saraf pusat agar rangsangan nyeri yang dirasakan ibu berkurang.

## **6. Pelaksanaan**

Pelaksanaan, tanggal: 20-07-2017, Jam: 15.35 wita. Diagnosa ibu G4P3AOAH3, UK : 40 minggu 3 hari janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten keadaan

ibu dan janin baik. Adalah Memberikan dukungan emosional dan pendekatan terapeutik dengan cara menjelaskan mengenai kebiasaan pasien untuk tenang, berdoa serta memberikan dukungan bahwa dengan kondisi yang tenang akan memudahkan dan mempercepat proses persalinan, ibu menerima dan merasa senang dengan dukungan yang diberikan.

Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan. Keadaan umum : Baik, Kesadaran : composmentis, Tanda vital : TD: 120/70 mmHg, S: 37,5<sup>0</sup>c, Rr: 20 x/mnt, N: 76 x/ mnt, DJJ: (+) terdengar kuat, jelas, teratur pada punctum maksimum sebelah kanan bawah pusat. Frek: 140x/mnt, Kontraksi 3x dalam 10 menit lamanya 15-20 detik, Vulva/vagina: tidak ada kelainan, odema dan varices, Portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, turun hodge I. Mengobservasi DJJ, His, nadi tiap 30 menit dan pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam, Hasil terlampir dalam lembar observasi, Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan cara menutup tirai dan pintu, Sampiran terpasang dan pintu tertutup. Menjelaskan pada ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap karena meneran sebelum pembukaan lengkap (10 cm) dapat menguras tenaga ibu dan menimbulkan udem pada jalan lahir, Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Menganjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri dan berjalan-jalan disekitar ruangan karena tidur miring kiri dan berjalan-jalan mengurangi tekanan pada venacava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O<sub>2</sub> dari ibu ke janin, ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran yang diberikan.

Menganjurkan ibu berkemih jika ada rasa untuk berkemih karena kandung kemih yang penuh menghambat penurunan kepala, selain itu kandung kemih yang penuh menekan dan menimbulkan nyeri pada perut bagian bawah, ibu menerima anjuran yang diberikan. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi yaitu agar ibu tidak kekurangan tenaga dan cairan saat proses persalinan, ibu bersedia mengerti dan mau mengikuti anjuran yang diberikan.

Mempersiapkan kelengkapan persalinan SAF I : Partus set, Mono aural : 1 buah , Kom obat berisi : oxytocin 4 ampul (1 ampul), lidokain 1 ½, ergometrin 1 ampul (0,2 mg), Spuit 3 Cc/5 Cc : 3 Pcs/1 Pcs, Jarum Catgut Chromic : 1, Kom Kapas Kering , Kom Air DTT, Betadine, Klorin Spray, Hand Sanitizer, Bengkok : 2, Lampu sorot : 1 Bak berisi : Kasa DTT, Kateter DTT, Sarung tangan DTT, Pita ukur, Salep mata. SAF 2 : Hecting set, Penghisap lender, Tempat plasenta, Tempat klorin untuk sarung tangan, Tempat spuit bekas, Tempat ampul bekas, Tensi meter, stetoskop, thermometer SAF 3 : Cairan RL : 3, Abbocath No. 16-18, Infuse set , Celemek, Waslap, Sarung tangan steril, Plastik merah, Plastik kuning, Plastik hitam, Handuk, Duk, Kain bedong, Baju/topi/popok bayi, Kacamata, Masker, Perlengkapan telah dipersiapkan.

Masalah : Gangguan Rasa Nyaman Akibat Nyeri, Menjelaskan pada ibu penyebab rasa nyeri yang dirasakan yaitu kontraksi yang semakin sering, kuat untuk mendorong anak keluar, ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan. Mengajarkan ibu tentang teknik relaksasi, yaitu menarik nafas yang dalam dari hidung dan menghembuskan melalui mulut dapat mengurangi rasa sakit, ibu dapat melakukannya sesuai anjuran,



Melakukan masase pada daerah lumbalis (pinggang) ibu pada saat his, masase telah dilakukan.

## 7. Evaluasi

Evaluasi, tanggal: 19-07-2017, Jam: 18.30 wita. Diagnosa ibu G4P3AOAH3, UK : 40 minggu 3 hari janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten keadaan ibu dan janin baik. Adalah Ibu mengatakan terasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah, His 3x10 menit lamanya 20-25 detik, djj 140x/ menit, Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, turun hodge, Inpartu kala I fase laten, Observasi his, djj dan keadaan umum ibu tiap 30 menit, Melakukan masasage pada pinggang ibu dengan lembut, Membantu ibu untuk berjalan keliling ruangan, Memberikan ibu minum.

Tanggal : 19-07-2017 Jam : 22.30 wita, ibu mengatakan terasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah, His 3x10 menit lamanya 20-25 detik, djj 144x/ menit, Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh posisi belum jelas, presentasi kepala tidak ada molase, turun hodge I, Inpartu kala I fase laten, observasi his, djj dan keadaan umum ibu tiap 30 menit, Melakukan masasage pada pinggang ibu dengan lembut, Membantu ibu untuk berjalan keliling ruangan.

Tanggal : 20-07-2017, Jam : 01.30 wita, ibu mengatakan terasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah, His 3x10 menit lamanya 20-25 detik, djj 144x/ menit, Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 3 cm, kantong ketuban utuh posisi belum

jelas, presentasi kepala tidak ada molase, turun hodge I, Inpartu kala I fase laten, observasi his, djj dan keadaan umum ibu tiap 30 menit. Melakukan masasage pada pinggang ibu dengan lembut, Membantu ibu untuk berjalan keliling ruangan, Memberi ibu minum,

Tanggal : 20-07-2017 Jam : 05.30 wita, Ibu mengatakan terasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan sakitnya mulai sering-sering, His 4x10 menit lamanya 40-45 detik, djj 148x/ menit, Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 7 cm, kantong ketuban utuh UUK depan presentasi kepala tidak ada odema, turun hodge III, Inpartu kala I fase aktif, observasi his, djj dan keadaan umum ibu tiap 30 menit, Melakukan masasage pada pinggang ibu dengan lembut, Membantu ibu untuk berjalan keliling ruangan, Membantu mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.

Tanggal : 20-07-2017, Jam: 08.30 wita, ibu mengatakan rasa sakit diperut bagian bawah menjalar kepinggang dan keinginan meneran seperti ingin BAB, ketuban pecah, adanya tanda dan gejala kala II yaitu: perineum menonjol, vulva dan anus membuka. His 5x10 menit lamanya 50-55 detik, Djj 148x/menit, Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban negatif, warna jernih, turun hodge IV, Inpartu kala II, menolong persalinan sesuai 58 langkah Asuhan Persalinan, Melihat dan memeriksa tanda dan gejala kala II. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran dan BAB, his yang dirasakan ibu semakin sering yakni 4 x dalam 10' lamanya 50"-55", tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah,

Memastikan pembukaan, kelengkapan alat pertolongan persalinan (partus set, heacting set) dan obat-obatan (oksitosin, salep mata oxytetrasiklin 1%, HB0, dll). Mempersiapkan diri pakai APD (masker, celemek plastik, sepatu boot), Memastikan tangan tanpa perhiasan, mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan handuk bersih. Membuka partus set dan mematahkan ampul okstosin 10 IU dan menempatkan dispo 3 cc steril sekali pakai didalam partus set. Pakai sarung tangan kanan untuk mengisap oxytosin 10 unit kedalam tabung suntik atau spuit 3 cc dengan teknik satu tangan dan memasukan kembali spuit kedalam partus set. Memakai kedua sarung tangan untuk membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan kapas DTT. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Melakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap serta selaput ketuban sudah pecah. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang bersarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan tersebut. Cuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan, Memeriksa DJJ.

Jam 08.30 Wita DJJ: 126 X/menit, Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, ketuban pecah spontan, keadaan ibu dan janin baik, ibu boleh meneran jika timbul keinginan untuk meneran, Meminta bantuan suami untuk mengatur posisi meneran sesuai keinginan ibu. Ibu memilih posisi setengah duduk, Melakukan pimpinan persalinan pada saat his, memberi semangat dan pujian, menganjurkan ibu untuk istirahat dan minum diantara kontraksi serta menilai kembali DJJ.

Jam 08.38 Wita DJJ 126 x/mnt dan ibu sudah minum segelas air, Saat kepala janin sudah tampak pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, letakkan handuk yang bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi), Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu untuk sokong perineum ibu, Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat, Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan dan siap tolong Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan tangan kanan yang dialasi kain dan tangan kiri diletakkan di kepala bayi dengan tekanan lembut dan membiarkan kepala bayi lahir perlahan-lahan anjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan sambil bernapas cepat dan dangkal, Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat serta memeriksa adanya kemungkinan lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai,jika hal itu tidak terjadi segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Ternyata tidak ada lilitan tali pusat, Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan, Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal sehingga bahu depan muncul di arkus pubis, kemudian gerakan keatas dan distal untuk melahirkan bahu belakang, Setelah kedua bahu lahir geser tangan bawah kearah perineum ibu, menyanggah kepala, lengan, siku bagian bawah, gerakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan sebelah atas, Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki (masukan jari telunjuk diantara mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari

dan jari-jari lainnya), Lakukan penilaian sepintas yaitu: apakah bayi langsung menangis?, apakah bayi bernafas spontan tanpa kesulitan?, apakah tonus otot bayi dan warna kulit kemerahan?. Hasil penilaian selintas: bayi lahir langsung menangis, bernafas spontan tanpa kesulitan, tonus otot bayi baik ditandai dengan bayi bergerak aktif, dan warna kulit bayi kemerahan, Segera keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali tangan tanpa membersihkan verniks kaseosa sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering biarkan bayi diatas perut ibu.

Tanggal 20-07-2017, jam 08.50 Wita, Partus spontan, letak belakang kepala, tidak ada lilitan tali pusat, bayi lahir langsung menangis kuat, jenis kelamin perempuan, kontraksi uterus baik, ibu mengatakan merasa lega karena bayinya yang baru saja dilahirkan, setelah bayi lahir ibu merasa lelah, perutnya mules, merasa ada pengeluaran darah dari jalan lahir. KU: baik, plasenta belum lahir, kontraksi uterus baik. Adanya tanda-tanda pelepasan plasenta: perubahan bentuk dan tinggi fundus, TFU setinggi pusat, tali pusat semakin memanjang, dan semburan darah meningkat, Partus kala III, Lakukan MAK III, Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus. Tidak ada bayi lagi pada uterus, Memberitahu ibu bahwa akan disuntikan oxytosin 10 IU/IM, agar uterus berkontraksi dengan baik, Menjepit tali pusat dengan dengan umbilical cord kira-kira 3 cm dari pusat bayi kemudian mendorong isi tali pusat ke arah distal dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal menggunakan klem dari umbilical cord pertama, Dengan satu tangan,

pegang tali pusat yang sudah dijepit (lindungi perut bayi) dan gunting tali pusat diantara 2 klem tersebut, Meletakkan bayi agar kontak kulit dengan ibunya, biarkan bayi melakukan IMD, Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain dan pasang topi dikepala bayi, Memberitahukan ibu bahwa akan disuntik oxytisin , uterus berkontraksi dengan baik, Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntik oxytosin 10 IU  $\frac{1}{2}$  paha atas bagian distal lateral ( lakukan aspirasi sebelum melakukan suntika oxytosin ), Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm divulva, Meletakkan 1 tangan diatas 1 kain pada perut ibu ditepi simpisi untuk mendeteksi tangan yang lain meregangkan tali pusat, Setelah berkontraksi, regangkan tali pusat dengan tangan kanan, tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokarnial, jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan peregangkan tali pusat melalui prosedur, Melakukan pereganagan dan dorongan dorsokarnial plasenta lahir atau terlepas minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar jarum jam dan kemudian kearah atas mengikuti proses jalan lahir ( tetap lakukan dorsokarnial , Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta, Saat plasenta muncul divagina, lahirkan plasenta kedua tangan pegang dan putar plasenta sehingga selaput ketuban jernih kemudian lahirkan plasenta dan dapatkan plasenta pada tempatnya yaang telah disediakan.

Tanggal 20-07-2017 Jam : 09.00 wita, Plasenta lahir spontan, selaput korion dan kotiledon lengkap, perdarahan  $\pm 100$ cc sebab pelepasan plasenta, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, panjang tali pusat 50 cm, insersi tali pusat lateralis, tidak adada laserasi perineum tidak dijahit,

Segera plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus letakan telapak tangan difundus dan dilakukan masase uterus dengan gerakan melingkar dan hingga uterus berkontraksi ( fundus teraba keras), Periksa kedua posisi plasenta bagian ibu dan janin dan periksa selaput utuh atau tidak menyimpan plasenta pada tempatnya, Evaluasi kemungkinan lacerasi pada vagina atau vulva perinium, Memeriksa kandung kemih, Mencilupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % untuk membersihkan baik darah dan cairan tubuh dan bilas dengan handuk tanpa dilepas sarung tangan kemudian keringkan tangan dengan handuk, ibu mengatakan sedikit mules pada perutnya serta nyeri di jalan lahir, namun ibu lega karena sudah melewati proses persalinan, kontraksi uterus baik, TFU: 2 jari dibawah pusat, perdarahan pervaginam  $\pm$  45 ml. TTV: S: 36,9°C, N: 82 x/mnt, TD: 110/70 mmHg, RR: 20x/mnt, serta ibu tampak senang dengan kelahiran bayinnya, kala IV, Evaluasi kontraksi, perdarahan, TTV, Lakukan massase fundus uteri, Lakukan kebersihan, keamanan dan dekontaminasi, Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi, Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik, Memeriksa jumlah perdarahan, Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bernapas dengan baik, nadi baik, Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit, Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi cairan tubuh dibuang ditempat yang sesuai yaitu sampah yang terkontaminasi seperti cairan tubuh dibuang di tempat sampah medis dan sampah plastik dibuang ditempat sampah non medis Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT, Memastikan ibu dalam keadaan nyaman

dan bantu ibu membersihkan ASI kepada bayinya dan menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum kepada ibu, Mendekontaminasikan alat partus dengan larutan klorin 0,5 % selama 10 menit, Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % buka sarung tangan dan rendamkan selama 10 menit dan melapaskas alat pelindung diri (APD), Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang kering dan bersih Memakai sarung tangan ulang, Melakukan pemeriksaan fisik bayi dan merawat bayi: BB: 3000 gram, PB: 54 cm, LK: 32 cm, LD:32 cm, LP:30 cm. HR:148X/menit,RR:47X/menit, S:37,2°C.Ku bayi :baik, Memberitahu ibu bahwa akan melakukan penyuntikan Neo-k dipaha kiri setelah 1jam bayi lahir kemudian akan dianjurkan pemberian suntikan HB0 pada bayi dipaha kanan setelah 2 jam bayi lahir, Melepaskan sarung tanagn dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit, Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk yang bersih dan kering, Melakukan pendokumentasian pada lembar partograf lembar depan dan belakang.

Tanggal: 20/07/2017 Jam: 10.50. wita, KU ibu: baik, kesadaran: CM,TTV; TD: 110/70 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,8 °c, RR: 20 x/mnt, TFU: 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, total perdarahan kala IV ± 100 ml, belum BAK/BAB, kandung kemih kosong. KU bayi: baik, kesadaran: CM, TTV; RR: 48 x/mnt, S:37,2°C, warna kulit kemerahan, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah, bayi tidak kejang, belum BAB/BAK, BB: 3000 gram, PB: 54 cm, LK: 32 cm, LD: 32 cm, LP: 30 cm, salep mata oxytetrasiklin 1 %, imunisasi vitamin K, dan Hbo sudah diberikan. Hasil lanjutan terlampir



dalam partograf. Tanggal: 20/07/2017 Jam: 10.50 Wita, Masalah: Gangguan Rasa Nyaman Akibat Nyeri, Ibu mengatakan sudah merasa nyaman dan nyeri sudah berkurang, Ekspresi wajah ibu: ceria, partus pervaginam jam 08.50 Wita, bayi perempuan, BB: 3000 gram, PB: 54 cm. Keadaan umum ibu: baik, kesadaran: composmentis TD: 110/70 mmHg, N: 80 x/mnt, Rr: 20 x/ mnt, S: 36,7 ° C, Fundus uteri: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus: baik, perdarahan  $\pm$  100 cc, kandung kemih kosong. P4 A0 AH4 post partum 2 jam normal, Masalah gangguan rasa nyaman akibat nyeri telah teratasi sebagian, Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu, ibu senang bahwa kondisinya stabil, Memberikan terapi oral yakni: vitamin A 1x200.000 IU, amoxilin 500 mg 1 tablet, paracetamol 500 mg 1 tablet, SF 200 mg, dan vitamin C 50 mg. Obat telah diberikan, Memindahkan ibu dan bayi ke ruang nifas

## **4.2 Pembahasan**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara konsep dasar dengan penerapan manajemen kebidanan pada Ny. M.K G4P0A0AH3 UK 40 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten di ruangan bersalin puskesmas sikumana. Pembahasan ini disusun berdasarkan teori dan alasan nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan.

### **1. Pengkajian**

Menurut surwono prawihardjo dalam buku pelayanan maternal dan neonatal fase laten memanjang adalah suatu keadaan pada kala I dimana pembukaan serviks sampai 4 cm dan berlangsung lebih dari

8 jam. Pada kasus perpanjangan fase laten salah satu faktor yang menyebabkan adalah umur ibu. Maka pada kasus ini perlu ditanyakan umur ibu. Usia 20-35 tahun merupakan tahun terbaik wanita untuk hamil karena salah satu usi ini kematangan organ reproduksi dan hormon telah bekerja dengan baik juga belum ada penyakit-penyakit degenerative, serta daya tahan tubuh masih kuat. Usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun tidak semua ibu dipastikan mengalami kemajuan persalinan yang normal.

Pada kasus diperoleh data subjektif Ny. M.K umur 41 tahun, beragama Kristen Protestan, suku Timor, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga. Suami Tn. N.T, umur 41 tahun, agama Kristen protestan, suku Timor, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan Ojek,

Ibu mengatakan sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir darah sejak tanggal 19-07-2017 jam 14.00 wita, Riwayat haid: Menarche 13 tahun, lama 5-6 hari, siklus 28-30 hari, sifat darah encer, banyaknya 3 x ganti pembalut, HPHT 09-10-2016.

Riwayat menikah, status perkawinan syah lamnya menikah 5 tahun, umur saat menikah 36 tahun.

Riwayat kehamilan sekarang, melakukan pemeriksaan ANC 9 x teratur, di Pustu bello, , pergerakan janin dalam 24 jam terakhir sering imunisasi TT sudah diberikan 1 kali pada tanggal 12-05-2017. Riwayat persalinan yang lalu, anak pertama lahir pada tanggal 11-02-2004, jenis persalinan normal, UK aterm, penolong persalinan bidan, tempat persalinan RS, keadaan bayi lahir hidup, jenis kelamin perempuan berat badan 2800, anak kedua lahir pada tanggal 11-01-2007, jenis persalinan

normal, UK aterm, penolong persalinan bidan, tempat persalinan puskesmas, keadaan bayi lahir hidup, jenis kelamin perempuan berat badan 3100, anak ketiga lahir pada tanggal 12-07-20010, jenis persalinan normal, UK aterm, penolong persalinan bidan, tempat persalinan puskesmas, keadaan bayi lahir hidup, jenis kelamin laki-laki, berat badan 2800, semuanya sehat, penyakit yang pernah diderita tidak ada.

Pernah menggunakan KB yaitu KB suntik lamanya 2 tahun, tidak ada efek samping dalam pemakaian KB. Alasan berhenti ingin memiliki anak lagi, Riwayat kesehatan penyakit yang pernah diderita tidak ada, Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan tidak ada, keadaan psikologi respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu dan keluarga senang dengan terhadap kehamilan ini, dukungan keluarga ada, beban kerja dan kegiatan sehari-hari yaitu memasak, mencuci, menyapu, jenis kelamin yang diharapkan laki-laki perempuan sama saja, pengambilan keputusan dalam keluarga suami perilaku kesehatan rokok, konsumsi obat terlarang tidak ada, minum kopi jarang, latar belakang budaya kebiasaan melahirkan ditolong oleh bidan, pantangan makanan tidak ada, kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan tidak ada, kepercayaan yang berhubungan dengan nifas tidak ada, Riwayat seksual ada perubahan pola hubungan seksual, tidak ada penyimpangan atau kelainan seksual.

Riwayat diet atau makanan, makan terakhir jam 12.30 wita (19-07-2017) Jenis makanan: nasi, porsi 1 piring sedang, Frekuensi makan: 3-4 kali/ hari, Lauk-pauk: sayur ikantahu-tempe, daging, Minum air 6-8 gelas/ hari, susu 1 gelas/ hari, tidak ada keluhan, Riwayat pola eliminasi BAB

terakhir jam 17.00 wita, frekuensi 1 kali/ hari, warna kuning kecoklatan, bau khas feses, konsistensi lembek, BAK terakhir jam 07.30 wita, frekuensi: 5-6 kali/ hari, warna kuning jernih, bau khas urin,, Riwayat Pola istirahat: tidur siang 1-2 jam, tidur malam 6-7 jam,, Riwayat Kebiasaan diri, mandi 2 kali/ hari, mandi terakhir jam 07.00 wita sebelum datang dan sudah menggantikan pakaiannya, sikat gigi 3x/hari, ganti pakaian dalam 3x/hari, ganti pakaian luar 2x/hari, keramas rambut 2 kali/ minggu, perawatan payudara: dilakukan sebelum mandi menggunakan baby oil dan bersihkan menggunakan kapas.

Hasil data obyektif: TP: 16-07-2017, pemeriksaan umum: keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, bentuk tubuh lordosis, ekspresi wajah meringis saat ada his, Tanda-tanda vital; S: 37,5°C, N: 76 x/ menit, TD: 120/ 70 mmHg, RR: 20 x/ menit. BB sebelum hamil:- , timbang BB terakhir sekarang: 51,4 kg, TB: 150 cm, Lila: 24 cm.

#### Pemeriksaan fisik

##### Inspeksi :

Kepala bersih, tidak ada bekas luka, Rambut tidak rontok, hitam, tidak ada ketombe, Wajah Bentuk oval, Pucuk tidak ada, Cloasma gravidarum tidak ada, Oedema tidak ada, Mata Conjunctiva merah muda Sclera putih, Oedema tidak ada, Telinga Bentuk simetris, Hidung. Bentuk normal, tidak ada kelainan, Mulut Mukosa bibir lembab, Warna bibir merah muda, Stomatitis/sariawan tidak ada, Gigi Kelengkapan gigi lengkap, Caries gigi, tidak ada, Tenggorokan Warna merah muda, Tonsil tidak ada, Leher Tidak ada pembesaran kelenjar limfe , Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Tidak ada bendungan vena jugularis Dada Bentuk simetris,

Mammae Bentuksimetris, Aerolahiperpigmentasi kanan dan kiri Puting susumenonjol, Perut Bentuk membesar sesuai UK, ada Linea nigra, Ada Striae albicans, tidak ada Bekas luka operasi, Ekstremitas Bentuksimetris kanan dan kiri Varices tidak ada Oedema tidak ada, Vulva, vagina dan anus bersih, Bentuk normal, PPVada, lendir dan darah, tidak ada Varises dan Haemoroid

Palpasi :

Kepala tidak ada oedema dan tidak ada benjolan, Leher Tidak ada pembesaran kelenjar limfe tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada bendungan vena jugularis. Payudara tidak ada masa dan tidak ada benjolan, Mammae colostrum : kanan (+) / kiri (+)

Leopold I: TFU 1/2 Px pusat , bagian fundus teraba lunak, agak bulat, dan tidak melenting (bokong) Leopold II: pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar, dan memanjang seperti papan (punggung janin) pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstermitas); Leopold III: bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala) Leopold IV: bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen) 4/5. Mc. Donald: 33 cm. TBBJ: 3410 gram.

Auskultasi

Djj + terdengar jelas, dan teratur (doppler) pada titik maksimum pada perut ibu bagian kanan bawah pusat ibu, frekuensi 140x/menit.

Perkusi

Refleks patella tidak dilakukan

Jam 14.30 wita, kontraksi: 3 kali 10 menit, lama 20-25 detik, kuat, teratur. Vulva: tidak ada kelainan dan oedema Vagina: tidak ada kelaianan, tidak ada oedema, ada pengeluaran lendir bercampur darah.

Pemeriksaan dalam, tanggal: 19-07-2017, Jam: 14.30 wita, Oleh: bidan dan mahasiswa, portio: tebal lunak, pembukaan: 2 cm, kantong ketuban: positif, bagian terendah: kepala, posisi UUK kiri depan, Molase: tidak ada. Turun hodge: I. Pemeriksaan laboratorium : tidak dilakukan urine reduksi dan albumin, HB : 8,2 gram %, Golongan Darah : O. tidak dilakukan USG dan Rontgen.

Dengan demikian tidak terjadi kesenjangan antara teori dengan kasus yang terjadi.

## **2. Analisa Masalah dan Diagnosa**

Pada langkah ini, bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang dikumpulkan. Berdasarkan teori menurut Sarwono(2009), bahwa perpanjangan fase laten yaitu keadaan dimana pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam. Dari data yang didapat dari pengkajian maka ditegakan diagnosa kebidanan yaitu Ny. M.K umur 41 tahun, umur kehamilan 40 minggu 3 hari janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten sedangkan masalah yang timbul yaitu didapatkan pembukaan servik tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam inpartu sehingga disebut perpanjangan fase laten.

Dengan demikian tidak ada kesenjangan antara kasus dengan teori dari hasil pengkajian data Ny. M.K penulis mengidentifikasi diagnosa masalah aktual yaitu ibu G4P0A0AH3 UK 40 minggu 4 hari, janin

tunggal, hidup, intrauterin, letak kepala, inpartu kala I fase laten dengan didukung oleh beberapa data objektif yang menunjang diagnosa adalah dari hasil pemeriksaan fisik ibu dan tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu : TD : 120/70 mmHg, Nadi 76x/menit, Pernapasan :20x/menit, Suhu 37,5°C. TB 150 cm, BB saat hamil 51,4 kg, LILA 24 cm. Pemeriksaan fisik didapatkan kelopak mata : tidak ada oedema, penglihatan: normal, conjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. Dada. Inspeksi : bentuk simetris aerola mammae ada hiperpigmentasi, puting susu menonjol, palpasi: colostrum ada, nyeri tekan tidak ada, massa/benjolan tidak ada, abdomen: inspeksi tidak ada luka bekas operasi, ada striae albicans, palpasi leopold I: TFU  $\frac{1}{2}$  px pusat, teraba lunak, dan tidak melenting (bokong), leopold II: pada bagian kanan perut ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin. Leopold III : pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting(kepala). Leopold IV : divergen, penurunan kepala 4/5, MC Donald : 33 cm, TBBJ : 3410 gram, His: 3x 10 menit, lamanya 15-20 detik, auskultasi, frekuensi: 140x/menit, denyut jantung terdengar jelas, kuat, dan teratur. Vulva/vagina, tidak ada oedema, varises, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, molase tulang kepala tidak saling tumpang tindih, kepala turun hodge I. Pemeriksaan laboratorium, urine tidak dilakukan, Darah, HB 8,2 gr%, Golongan darah O.masalh gangguan rasa nyaman: ibu mengatakan merasakan sakit perut pada bagian bawah menjalar ke pinggang belakang, ibu merintih kesakitan saat timbul his 3x dalam 10

menit lamanya 20-25 detik, Sehingga pada langkah ini tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

### **3. Antisipasi Masalah Potensial**

Pada langkah ini, tenaga kesehatan dituntut untuk mampu mengatasi masalah potensial tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah tidak terjadi. Diagnosa atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosa yang telah teridentifikasi, menurut vicky chapman, (2006) resiko yang dapat terjadi adalah: dampak pada ibu: infeksi intrapartum dan fase laten yang panjang dapat merugikan, apabila panggul sempit bisa terjadi gawat janin, infeksi.

Pada kasus yang dialami oleh Ny. M.K pada saat dilakukan observasi sampai proses kelahiran ternyata masalah potensial tersebut tidak terjadi. Hal ini dikarenakan adanya deteksi dini yang baik dalam menangani kasus ini. Sehingga dalam langkah ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus

### **4. Kebutuhan Segera**

Menurut sarwono Prawirohardjo apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan penilaian:

- a. Bila kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin. Lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrore atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai His adekuat (maksimum 40 tetes/menit) atau diberikan preparat prostaglandin. Lakukan penilaian ulang setiap



4 jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin lakukan seksio sesarea.

- b. Bila didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau) lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat (maksimum 40 tetes/menit atau diberikan preparat prostaglandin, serta berikan antibiotik kombinasi sampai persalinan yaitu ampicilin 29 gr IV. Sebagai dosis awal dan 1 gr IV setiap 6 jam ditambah dengan gestamin setiap 24 jam).

Pada langkah ini bidan tidak melakukan sesuai dengan teori. Dengan demikian ada kesenjangan antara teori dan praktek.

## 5. Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Menurut sarwono pengobatan/penanganan pada fase laten memanjang lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstose atau NaCl mulai dari 8 tetes per menit setiap 30 menit di tambah 4 tetes samapi his adekuat(maksimal 40 tetes/menit), atau diberikan preparat prostaglandin. Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin lakukan seksio sesarea.

Pada penanganan ini bidan tidak melakukan sesuai dengan teori, dengan demikian ada kesenjangan antara teori dan praktek.

## **6. Pelaksanaan**

Rencana asuhan yang menyeluruh dilaksanakan secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagiannya oleh klien atau anggota tim kesehatan yang lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Depkes 2005). Pada kasus, telah diberikan tindakan asuhan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan dengan 60 langkah asuhan persalinan normal.

## **7. Evaluasi**

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan kebidanan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Pada kasus Ny. M.K , inpartu kala I fase laten setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas satu hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3 hari, hasil diperoleh adalah keadaan ibu dan bayi baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

## BAB V

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan

Pengkajian pada Ny. M.K tidak ada kesenjangan antara teori praktek yaitu data subyektif Ny. M.K mengatakan hamil anak keempat, tidak pernah keguguran, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 14.00 wita.

Data obyektif yang ditemukan adalah: keadaan ibu baik, kesadaran composmentis, TD : 120/70 mmHg, Nadi 76x/menit, Pernapasan :20x/menit, Suhu 37,5°C. Pemeriksaan fisik mata. Inspeksi : kelopak mata : tidak ada oedema, penglihatan: normal, conjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. Dada. Inspeksi : bentuk simetris aerola mammae ada hiperpigmentasi, puting susu menonjol, palpasi: colostrum ada, nyeri tekan tidak ada, massa/benjolan tidak ada, abdomen: inspeksi tidak ada luka bekas operasi, ada striae albicans, palpasi Leopold I: TFU  $\frac{1}{2}$  px pusat, teraba lunak, dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kanan perut ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung) dan pada bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin. Leopold III : pada perut ibu bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting(kepala). Leopold IV : divergen, penurunan kepala 4/5, MC Donald : 33 cm, TBBJ : 3410 gram, His: 3x/menit, lamanya 20-25 detik, auskultasi, frekuensi: 140x/menit, denyut jantung terdengar jelas, kuat, dan teratur. Vulva/vagina, inspeksi: tidak ada oedema, varises, vt:vulva vagina tidak ada kelainan, portio tebal, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, molase tulang kepala tidak saling tumpang tindih, kepala turun hodge I.

Dalam intepretasi data yang meliputi Diagnosa dan Masalh pada Ny. M.K tidak ada kesenjangan antara kasus dengan teori dari hasil pengkajian. Setelah dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh pada Ny. M.K didapatkan pembukaan serviks tidak melewati 4 cm sesudah 8 jam inpartu sehingga disebut perpanjangan fase laten.

Antisipasi masalah potensial pada kasus Ny. M.K G4P3A0AH3, UK 40 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, intrauterin, letak kepala, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten adalah infeksi dan Gawat Janin.

Kebutuhan segera pada kasus Ny, M.K ada kesenjangan antara teori dan praktek pada kasus perpanjangan fase laten harus dilakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrore atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai His adekuat (maksimum 40 tetes/menit) atau diberikan preparat prostaglandin.

Dalam perencanaan asuhan kebidanan pada kasus Ny. M.K bidan tidak melakukan sesuai dengan teori. Dengan demikian ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pelaksanaan pada kasus Ny. M.K telah diberikan tindakan asuhan denga 58 langkah asuhan persalinan normal. Semua tindakan yang dilakukan Ny, M.K G4P3AOAH3, UK 40 minggu 4 hari, janin tunggal, hidup, intrauterin, letak kepala, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten ini telah di dokumentasikan semuanya pada buku register dan status pasien secara menyeluruh. Pada kasus Ny. M.K ibu datang dengan inpartu kala I fase laten setelah dilakukan pertolongan persalinan dan ibu dirawat di puskesmas Sikumana satu hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari,

hasil yang diperoleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

## **5.2 Saran**

### **1. Lahan Praktek.**

Diharapkan bagi petugas kesehatan bisa cepat dan tepat dalam memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan standar pelayanan dan teori sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

### **2. Bagi Mahasiswa**

Diharapkan mampu menerapkan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan dilahan praktek sesuai dengan asuhan persalinan berdasarkan teori yang telah didapatkan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Chapman, Vicky. 2006. *Asuhan kebidanan persalinan dan kelahiran*. Jakarta: EGC
- Hidayat dan Sujiyatini. 2010. *Asuhan kebidanan persalinan*. Yogyakarta: nuha medika
- Hidayat dan Sarifudin. 2011. *Metode penelitian*. Bandung: Mandar Maju
- JNPK-KR. 2008. *Buku acuan asuhan persalinan normal*. Jakarta: EGC
- Mochtar Rustam. 2002. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Nurasia, dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC
- Prawirohardjo, sarwono. 2008. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Selemba Medika
- Soekidjo, notoatmodjo. 2005. *Metode penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sastroasmoro, sudigo. 2011. *Dasar-dasar metode penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Seto
- Sumarah. 2009. *Perawatan ibu bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya
- Varney Helen. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC



**PEMERINTAH KOTA KUPANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS SIKUMANA**



Jln. Oebonik I Sikumana Telp. (0380) 820591

**SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKSANAKAN STUDI KASUS**

NO : 440/1280 / VII / Pusk. Skmna/ 2017

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini

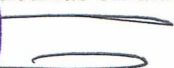
Nama : dr. E. Evalina Corebima  
Nip : 19750415 200312 2 007  
Jabatan : Kepala Puskesmas Sikumana  
Alamat : Jln. Oebonik I Sikumana

Menerangkan bahwa Mahasiswa

Nama : Adelfonsa Leonora Sao  
Nim : 142111002  
Pendidikan : Prodi Diploma III Kebidanan CHM- Kupang  
Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana pada tanggal 13 Juli 2017 sampai dengan 20 Juli 2017

Yang bersangkutan diatas benar-benar sudah selesai melakukan Studi Kasus di Puskesmas Sikumana dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, Juli 2017  
Mengetahui  
Kepala UPT Puskesmas Sikumana  
  
dr. E. Evalina Corebima  
Nip : 19770415 200312 2 007





**PEMERINTAH KOTA KUPANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS SIKUMANA**



Jln. Oebonik I Sikumana Telp. (0380) 820591

**SURAT KETERANGAN MELAKSANAKAN STUDI KASUS**

NO : 440/1280 / VII / Pusk. Skmna/ 2017

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : dr. E. Evalina Corebima  
Nip : 19750415 200312 2 007  
Jabatan : Kepala Puskesmas Sikumana  
Alamat : Jln. Oebonik I Sikumana

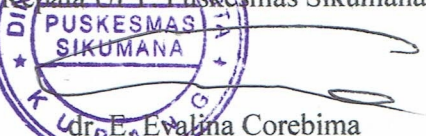
Menerangkan bahwa Mahasiswa

Nama : Adelfonsa Leonora Sao  
Nim : 142111002  
Pendidikan : Prodi Diploma III Kebidanan CHM- Kupang

Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana pada tanggal 13 Juli 2017 sampai dengan 20 Juli 2017

Yang bersangkutan diatas benar-benar sementara melakukan Studi Kasus di Puskesmas Sikumana dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, Juli 2017  
Mengetahui  
Kepala UPT Puskesmas Sikumana  
  
dr. E. Evalina Corebima  
Nip : 19750415 200312 2 007



## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang Jalur Umum Angkatan VII mengadakan Study Kasus pada Ny M.K, umur 41 tahun, G4 P3 A0, Uk 40 minggu 3 hari di Puskesmas Sikumana.

Untuk maksud tersebut saya memohon kesediaan Ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Ibu. Partisipasi Ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya

**Adelfonsa Leonora Sao**

## **LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Intrapartal Multigravida Dengan Perpanjangan Fase Laten Di Puskesmas Sikumana Pada Tanggal 13 -20 Juli 2017.

Peneliti : Adelfonsa Leonora Sao

Bahwa saya diminta berperan serta dalam Studi Kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud Studi Kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk peran serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan.

Kupang, Juli 2017

Responden

( Ny. M.K )

**Asuhan Kebidanan Ny. M.K , G4 P3 A0 AH3, Uk 40 Minggu3 Hari, Janin  
Tunggal Hidup, Intrauterin, Presentasi Kepala, Inpartu Kala I dengan  
perjanjangan fase laten, Keadaan Umum Ibu Dan Janin Baik**

**I. PENGKAJIAN**

Tgl pengkajian :19 Juli 2017                      Tgl MRS : 19 Juli 2017  
Oleh mahasiswa :Adelfonsa L. Sao              Jam : 14.30 WITA

**A. DATA SUBYEKTIF**

**1. BIODATA**

Nama istri	:Ny. M.K	Nama Suami	: Tn.N.T
Umur	:41 tahun	Umur	: 41 tahun
Agama	:K. Protestan	Agama	: K. Protestan
Suku/bangsa	:Timor/Indo	Suku/bangsa	:Timor/Indo
Pendidikan	:SD	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	:IRT	Pekerjaan	: Ojek
Penghasilan	: -	Penghasilan	: -
Alamat Rumah:	Bello Rt 02/Rw 01	AlamatRumah:	Bello Rt 02/Rw 01

**2. Keluhan utama** : Ibu mengatakan merasakan sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir darah pukul 14.00 wita.

**3. Riwayat Menarche**

- a. Menarche :13 tahun
- b. Siklus :28-30 hari
- c. Lamanya darah :5-6 hari
- d. Sifat darah : encer
- e. Nyeri haid : ada
- f. HPHT : 09-10-2016
- g. TP : 16-07-2017

**4. Riwayat Menikah**

- a. Status pernikahan : Syah
- b. Lamanya menikah : 5 tahun
- c. Umur pada saat nikah : 36 tahun

- d. Berapa kali kawin : 1 kali

#### 5. Riwayat kehamilan yang lalu

- a. Pergerakan anak dirasakan sejak: umur kehamilan 16 minggu  
 b. ANC berapa kali : 9 kali mulai UK: 10+1 minggu  
 c. Tempat ANC : Pustu Bello  
 d. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : dirasakan sering  
 e. Imunisasi TT : Sudah 1 kali, tanggal: 12 mei 2017

#### 6. Riwayat persalinan yang lalu

Tabel 4.1 Riwayat Persalinan Yang Lalu

No	Tanggal Persalinan	Jenis Persalinan	Uk	Penolong	Tempat	Kedaaan Bayi LH/L M/M	J K	BB/ PB	KET
1	11-02-2004	Normal	Aterm	Bidan	RS	LH	P	2800	Sehat
2	11-01-2007	Normal	Aterm	Bidan	Puskesmas	LH	P	3100	Sehat
3	12-07-2010	Normal	Aterm	Bidan	Puskesmas	LH	L	2800	Sehat

Sumber : Pengkajian Data Subyektif Ibu Inpartu

#### 7. Riwayat keluarga berencana

- a. KB yang pernah digunakan : suntik  
 b. Lamanya : 2 tahun  
 c. Efek samping : tidak ada  
 d. Alasan berhenti : ingin memiliki anak lagi

#### 8. Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernah diderita:

- a. Jantung : tidak ada

- b. HIV/AIDS : tidak ada
- c. Hipertensi : tidak ada
- d. Hepatitis : tidak ada
- e. Jiwa : tidak ada
- f. Campak : tidak ada
- g. Varicela : tidak ada
- h. Malaria : tidak ada
- i. Lain-lain : tidak ada

**9. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan.**

- a. Jantung : tidak ada
- b. Hipertensi : tidak ada
- c. Hepatitis : tidak ada
- d. Jiwa : tidak ada
- e. Campak : tidak ada
- f. Varicela : tidak ada
- g. Malaria : tidak ada
- h. Lain-lain : tidak ada

**10. Keadaan psikososial.**

- a) Respon ibudan keluarga terhadap kehamilan : Ibu dan keluarga senang terhadap kehamilan ini
- b) Dukungan keluarga : ada
- c) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari:memasak, mencuci, menyapu
- d) Jenis kelamin yang diharapkan :laki-laki dan perempuan sama saja.
- e) Pengambil keputusan dalam keluarga: suami
- f) Perilaku kesehatan
  - Rokok : tidak ada
  - Konsumsi obat terlarang : tidak ada
  - Minum kopi : jarang

**11. Latar belakang budaya**

- a. Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan
- b. Pantangan makanan : tidak ada
- c. Kepercayaan yang berhub. dengan persalinan : tidak ada
- d. Kepercayaan yang berhub. dengan nifas : tidak ada

## **12. Riwayat seksual**

Apakah ada perubahan pola hubungan seksual:

- a. TM I : Ada
- b. TM II : Ada
- c. TM III : Ada

Apakah ada penyimpangan atau kelainan seksual: tidak ada

## **13. Riwayat diet atau makanan**

- a) Makan terakhir pukul : 12.30 wita
- b) Jenis makanan pokok : Nasi
- c) Porsinya : 1 piring sedang
- d) Frekuensi makan : 3-4 kali sehari
- e) Lauk pauk : Sayur, ikan, tempe-tagu, daging.
- f) Minum Air dan Susu : ya, air putih 6-8 gls/hr, susu 1 gls/hr
- g) Keluhan : Tidak Ada

## **14. Riwayat pola eliminasi**

### **a. BAK**

Frekuensi : 5-6 kali/hari

Bau : khas urin

Warna : kuning jernih

Riwayat BAK sebelum datang : ibu mengatakan BAK terakhir jam 07.30 wita.

### **b. BAB**

Frekuensi : 1 kali/hari

Bau : khas feces

Konsistensi : lunak

Warna : kuning kecoklatan

Riwayat BAB sebelum datang : ibu mengatakan BAB terakhir kemarin jam 17.00 wita

## **15. Riwayat pola istirahat**

- a. Tidur siang : ibu mengatakan kemarin istirahat siang 1-2 jam
- b. Tidur malam : ibu mengatakan terakhir tidur malam 6-7 jam.

## 16. Riwayat kebersihan diri

- a. Mandi : 2x/hari
- b. Sikat gigi : 3x/hari
- c. Ganti pakaian dalam : 3x/hari
- d. Ganti pakaian luar : 2x/hari
- e. Keramas rambut : 2-3 x per minggu
- f. Perawatan payudara : dilakukan sebelum mandi menggunakan baby oil, dan bersihkan menggunakan kapas
- g. Riwayat kebersihan diri sebelum datang : ibu mengatakan mandi terakhir jam 07.00 Wita dan sebelum datang Puskesmas sudah mengganti pakaiannya

## B. DATA OBYEKTIF

### 1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Bentuk Tubuh : lordosis
- d. Ekspresi Wajah : meringis saat ada his
- e. Tanda-tanda vital
  - Suhu : 37,5°C, TD : 120/70 mmHg
  - Nadi : 76 x/menit RR : 20 x/menit
- f. TB : 150 cm
- g. BB sebelum hamil : -
- h. BB saat hamil : 51,4 kg
- i. LILA : 24 cm

### 2. Pemeriksaan fisik

- a. Inspeksi
  - a. Kepala : bersih, tidak ada bekas luka
  - Rambut : tidak rontok, hitam, tidak ada ketombe
  - b. Wajah
    - Bentuk : oval
    - Pucat : tidak ada
    - Cloasma gravidarum: tidak ada
    - Oedema : tidak ada

- c. Mata
  - Conjungtiva : merah muda
  - Sclera : putih
  - Oedema : tidak ada
- d. Telinga
  - Bentuk : simetris
- e. Hidung.
  - Bentuk : normal, tidak ada kelainan
- f. Mulut
  - Mukosa bibir : lembab
  - Warna bibir : merah muda
  - Stomatis/sariawan : tidak ada
- g. Gigi
  - Kelengkapan gigi : lengkap
  - Caries gigi : tidak ada
- h. Tenggorokan.
  - Warna : merah muda
  - Tonsil : tidak ada
- i. Leher
  - Adakah pembesaran kelenjar limfe : tidak ada
  - Adakah pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada
  - Adakah bendungan vena jugularis : tidak ada
- j. Dada
  - 1) Dada
    - a) Bentuk : simetris
    - b) Mammae
      - Bentuk : simetris
      - Aerola : hiperpigmentasi kanan dan kiri
      - Puting susu : menonjol
- k. Perut
  - Bentuk : membesar sesuai UK
  - Linea nigra : ada
  - Striae albicans : ada
  - Bekas luka operasi : tidak ada



I. Ekstremitas

Bentuk : simetris kanan dan kiri

Varices : tidak ada

Oedema : tidak ada

m. Vulva, vagina dan anus : bersih

Bentuk : normal

PPV : ada, lendir dan darah.

Varises : tidak ada

Haemoroid : tidak ada

b. Palpasi

1) Kepala : tidak ada oedema dan tidak ada benjolan

2) Leher

Adakah pembesaran kelenjar limfe : tidak ada

Adakah pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada

Adakah bendungan vena jugularis : tidak ada

3) Dada

Payudara : tidak ada masa dan tidak ada benjolan

Mammae colostrum : kanan (+) / kiri (+)

4) Perut

Leopold I : TFU  $\frac{1}{2}$  Px pusat, pada fundus teraba agak bulat, lunak dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung janin), pada perut ibu bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstremitas)

Leopold III : pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan (kepala)

Leopold IV : bagian terendah janin sudah masuk PAP (divergen 4/5).

Mc Donals : 33 cm

TBBJ :  $(33 - 11) \times 155 = 3410$  gram

c. Auskultasi

DJJ: (+) terdengar kuat, jelas dan teratur (Doppler) pada titik maksimum pada perut bagian kanan bawah pusat ibu. Frekuensi : 140 x/ menit

d. Perkusi

Refleks Patau : tidak dilakukan

**3. Pemeriksaan dalam**

Tanggal : 19 Juli 2017

Jam : 14.30 Wita

Indikasi : lendir darah dari jalan lahir. Adanya HIS yang adekuat yaitu 3 x 10 menit lamanya 20-25 detik.

Tujuan : Untuk memastikan ibu dalam fase inpartu

a. Oleh adelfonsa leonora sao

b. Vulva : tidak ada kelainan, tidak ada oedema

c. Vagina : tidak ada kelainan, tidak ada oedema, ada pengeluaran lendir bercampur darah.

d. Portio : tebal lunak

e. Pembukaan : 2cm

f. Kantong ketuban : positif

g. Bagian terendah : kepala

h. Posisi : belum jelas

i. Molase : Tidak ada

j. Turun hodge : I

**4. Pemeriksaan Laboratorium**

a. Urine

a. Reduksi : Tidak dilakukan

b. Albumin : Tidak dilakukan

b. Darah

a. HB : 8,2 gram% (tanggal pemeriksaan 21-02-2017)

b. Gol Darah : O

**5. Pemeriksaan Khusus**

a. USG : Tidak dilakukan.

b. Rontgen : Tidak dilakukan

## II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Tabel 4.2 Interpretasi Masalah Dan Diagnosa

Diagnosa	Data Dasar
<p>G4P3 A0 AH3            UK :40 minggu 3 hari, janin, tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepalainpartu kala I, fase laten, keadaan ibu Dan janin baik.</p>	<p>DS : ibu mengatakan ingin melahirkan, hamil anak ke empat, tidak pernah keguguran, usia kehamilan 9 bulan, merasakan sakit pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir darah dari jalan lahir jam 14.00 (19-07-2017).            HPHT: 09-10-16            DO :TP: 16-07-2017            KU: baik, Kesadaran: composmentis            Ekspresi wajah : meringis saathis.            TTV: TD: 120/70 mmHg, S: 37,5<sup>0</sup>c, Rr: 20 x/mnt, N: 76 x/mnt.            Pemeriksaan fisik :            a). Inspeksi dan Palpasi            Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, sclera putih, mukosa bibir lembab, payudara simetris, aerola mammae hiperpigmentasi, putting susu menonjol, colostrum : ka (+)/ ki(+), tidak ada bekas operasi pada abdomen, ada linea nigra dan striae albicans, tidak ada oedema dan varises pada ekstremitas..            Leopold I : ½ PXPusat, pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)            Leopold II : Padaperut ibu bagian kanan teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung), pada perut ibu bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstremitas)            Leopold III : Padaperut ibu bagian bawah teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala)            Leopold IV : Bagianterendah janin sudah masuk PAP (divergen, 4/5)            Mc Donals : 33 cm, TBBJ : 3410 gram</p>

<p>Masalah: gangguan rasa nyaman akibat nyeri.</p>	<p>b). Auskultasi  Tanggal : 19/07/2017 Jam : 14.30Wita  DJJ: (+)terdengarkuat, jelas, teratur pada punctum maksimum sebelah kanan bawah pusat.Frek: 140x/mnt</p> <p>c). Pemeriksaan dalam  Tanggal : 19/07/2017 Jam : 14.30Wita  Indikasi : adanya lendir darah dari jalan lahir sejak Adanya HIS yang adekuat yaitu 3x10 menit lamanya 15-20 dtk, adanya lendir darah dari jalan lahir.</p> <p>Tujuan : untuk memastikan pembukaan serviks.  Vulva/vagina: tidak ada kelainan, odema dan varices.  Portio : tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, presentasi kepala posisi belum jelas, tidak ada molase turun hodge I.</p> <p>DS : ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar keperut bagian bawah  DO : Jam 14.30Wita</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ibu tampak sering meringis kesakitan saat ada his. His 3x10 menit lamanya 15-20 detik</li> <li>b. ibu tampak sering memegang pinggang belakang dan perutnya</li> <li>c. tampak keringat banyak pada dahi, leher, tangan, dan badan ibu</li> </ul>
--	--

### III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Pendarahan post partum dan Gawat Janin.

### IV. TINDAKAN SEGERA

Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital.

### V. PERENCANAAN.

Tanggal : 19/07/2017

Jam : 15.30Wita

Diagnosa : G4 P3 A0 AH3, UK 40 minggu 3 hari, janin tunggal hidup, intruterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten, keadaan ibu dan janin baik.

1. Berikan dukungan emosional dan pendekatan terapeutik  
R/ memberi dukungan dan pendekatan yang baik akan terjalin kerja sama serta kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan.
2. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.  
R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu dan keluarga, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan.
3. Observasi DJJ, His, nadi tiap 30 menit dan pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam.  
R/ menilai kemajuan persalinan dan keadaan patologis yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin.
4. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dan menjaga privacy ibu  
R/ Asuhan sayang ibu sehingga proses persalinan dapat berlangsung dengan lancar.
5. Jelaskan pada ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap  
R/ Meneran sebelum pembukaan lengkap (10 cm) dapat menguras tenaga ibu dan menimbulkan udem pada jalan lahir.
6. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri dan berjalan-jalan disekitar ruangan.  
R/ Tidur miring kiri mengurangi tekanan pada vena cava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O<sub>2</sub> dari ibu ke janin.
7. Anjurkan ibu berkemih jika ada rasa untuk berkemih.  
R/ kandung kemih yang penuh menghambat penurunan kepala, selain itu kandung kemih yang penuh menekan dan menimbulkan nyeri pada abdomen bawah wanita.
8. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi  
R/ Makan dan minum yang cukup selama persalinan memberi energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi.
9. Libatkan keluarga dalam proses persalinan.  
R/ agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendorong ibu
10. Siapkan kelengkapan persalinan  
R/ Kelengkapan persalinan dapat mempermudah dan mencegah keterlambatan dalam pertolongan persalinan.

Masalah : Gangguan Rasa Nyaman Akibat Nyeri

1. Jelaskan pada ibu penyebab rasa nyeri yang dirasakan.  
R/ Penjelasan yang diberikan membantu ibu untuk lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan.
2. Ajarkan ibu tentang teknik relaksasi, yaitu menarik nafas yang dalam dari hidung dan menghembuskan melalui mulut  
R/ Menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut merupakan salah satu teknik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.
3. Lakukan masase pada daerah lumbalis (pinggang) ibu pada saat his.  
R/ Masase daerah lumbalis bertujuan untuk merangsang saraf pusat agar rangsangan nyeri yang dirasakan ibu berkurang.

**VI. PELAKSANAAN.**

Tanggal : 20/07/2017 Jam : 15.35 Wita

Diagnose : G4 P3 A0 AH3,UK 40 minggu 3 hari, janin tunggal hidup, intruterin, presentasi kepala, ,inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten, keadaan ibu dan janin baik.

1. Memberikan dukungan emosional dan pendekatan terapeutik dengan cara menjelaskan mengenai kebiasaan pasien untuk tenang, berdoa serta memberikan dukungan bahwa dengan kondisi yang tenang akan memudahkan dan mempercepat proses persalinan.  
M/ ibu menerima dan merasa senang dengan dukungan yang diberikan.
2. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.

M/ Keadaan umum : Baik

Kesadaran : composmentis

Tanda vital :TD: 120/70 mmHg, S: 37,5<sup>0</sup>c, Rr: 20 x/mnt, N: 76 x/ mnt.

DJJ: (+) terdengar kuat, jelas, teratur pada punctum maksimum sebelah kanan bawah pusat.Frek: 140x/mnt

Kontraksi 3x dalam 10 menit lamnya 15-20 detik.

Vulva/vagina: tidak ada kelainan, odema dan varices.

Portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, turun hodge I.

3. Mengobservasi DJJ, His, nadi tiap 30 menit dan pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah setiap 4 jam, dan suhu setiap 2 jam.

M/ Hasil terlampir dalam lembar observasi

4. Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan cara menutup tirai dan pintu  
M/ Sampiran terpasang dan pintu tertutup.
5. Menjelaskan pada ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap karena meneran sebelum pembukaan lengkap (10 cm) dapat menguras tenaga ibu dan menimbulkan udem pada jalan lahir.  
M/ Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
6. Menganjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri dan berjalan-jalan disekitar ruangan karena tidur miring kiri dan berjalan-jalan mengurangi tekanan pada vena cava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O<sub>2</sub> dari ibu ke janin.  
M/ ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran yang diberikan.
7. Menganjurkan ibu berkemih jika ada rasa untuk berkemih karena kandung kemih yang penuh menghambat penurunan kepala, selain itu kandung kemih yang penuh menekan dan menimbulkan nyeri pada perut bagian bawah.  
M/ ibu menerima anjuran yang diberikan
8. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi yaitu agar ibu tidak kekurangan tenaga dan cairan saat proses persalinan.  
M/ ibu bersedia mengerti dan mau mengikuti anjuran yang diberikan
9. Melibatkan keluarga dalam proses persalinan  
M/ keluarga selalu ada disamping ibu.
10. Mempersiapkan kelengkapan persalinan

#### SAF I

- a) Partus : 1 set
- b) Mono aural : 1 buah
- c) Kom obat berisi : oxytocin 4 ampul (1 ampul), lidokain 1 ½, ergometrin 1 ampul (0,2 mg)
- d) S spuit 3 Cc/5 Cc : 3 Pcs/1 Pcs
- e) Jarum Catgut Chromic : 1
- f) Kom Kapas Kering
- g) Kom Air DTT
- h) Betadine.
- i) Klorin Spray
- j) Hand Sanitizer

- k) Bengkok : 2
- l) Lampu sorot : 1
- m) Bak berisi : Kasa DTT, Kateter DTT, Sarung tangan DTT.
- n) Pita ukur
- o) Salep mata.

#### SAF 2

- a) Hecting set
- b) Penghisap lender
- c) Tempat plasenta
- d) Tempat klorin untuk sarung tangan
- e) Tempat spuit bekas
- f) Tempat ampul bekas
- g) Tensi meter/stetoskop/thermometer : 1/1/1

#### SAF 3

- a) Cairan RL : 3
- b) Abbocath No. 16-18
- c) Infuse set
- d) Celemek
- e) Waslap
- f) Sarung tangan steril
- g) Plastik merah
- h) Plastik kuning
- i) Plastik hitam
- j) Handuk
- k) Duk
- l) Kain bedong
- m) Baju/topi/popok bayi
- n) Kacamata
- o) Masker.

M/ Perlengkapan telah dipersiapkan.

#### Masalah : Gangguan Rasa Nyaman Akibat Nyeri

1. Menjelaskan pada ibu penyebab rasa nyeri yang dirasakan yaitu kontraksi yang semakin sering, kuat untuk mendorong anak keluar

M/ ibu dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan.



2. Mengajarkan ibu tentang teknik relaksasi, yaitu menarik nafas yang dalam dari hidung dan menghembuskan melalui mulut dapat mengurangi rasa sakit  
M/ ibu dapat melakukannya sesuai anjuran.
3. Melakukan masase pada daerah lumbalis (pinggang) ibu pada saathis.  
M/ masase telah dilakukan.

## **VII. EVALUASI**

Tanggal : 19-07-2017

Jam : 18.30 Wita

Diagnose : G4 P3 A0 AH3, UK 40 minggu 4 hari, janin tunggal hidup, intruterin, presentasi kepala, inpartu kala I dengan perpanjangan fase laten, keadaan ibu dan janin baik.

S : Ibu mengatakan terasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah.

O : His 3x10 menit lamanya 20-25 detik, djj 140x/ menit

VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, presentasi kepala posisi belum jelas, tidak ada molaseturun hodge I

A : Inpartu kala I fase laten

P : Observasi his, djj dan keadaan umum ibu tiap 30 menit.

Melakukan masasage pada pinggang ibu dengan lembut

Membantu ibu untuk berjalan keliling ruangan

Memberikan ibu minum

TANGGAL : 19-07-2017

JAM : 22.30 Wita

S : ibu mengatakan terasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah.

O : His 3x10 menit lamanya 20-25 detik, djj 144x/ menit

VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, presentasi kepala posisi belum jelas, tidak ada molaseturun hodge I

A : Inpartu kala I fase laten

P : observasi his, djj dan keadaan umum ibu tiap 30 menit.

Melakukan masasage pada pinggang ibu dengan lembut

Memberi ibu minum  
Menemani ibu untuk berkemih

TANGGAL : 20-07-2017

JAM : 01.30 Wita

S : ibu mengatakan terasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah.

O : His 3x10 menit lamanya 20-25 detik, djj 144x/ menit

VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 3 cm,  
kantong ketuban utuh, presentasi kepala posisi belum jelas, tidak ada  
molaseturun hodge I

A : Inpartu kala I fase laten

P : observasi his, djj dan keadaan umum ibu tiap 30 menit.

Melakukan masasage pada pinggang ibu dengan lembut

Memberi ibu minum.

Menganjurkan ibu untuk menarik nafas melalui hidung dan  
menghembuskannya melalui mulut.

TANGGAL : 20-07-2017

JAM : 05.30 Wita

S : Ibu mengatakan terasa sakit pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah  
dan sakitnya mulai sering-sering.

O : His 4x10 menit lamanya 40-45 detik, djj 148x/ menit

VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 7 cm,  
kantong ketuban utuh, turun hodge III

A : Inpartu kala I fase aktif

P : observasi his, djj dan keadaan umum ibu tiap 30 menit.

Melakukan masasage pada pinggang ibu dengan lembut

Membantu mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman

TANGGAL : 20-07-2017

JAM : 08.30 Wita

S : ibu mengatakan rasa sakit diperut bagian bawah menjalar kepinggang dan keinginan meneran seperti ingin BAB.

O : ketuban pecah, adanya tanda dan gejala kala II yaitu : perineum menonjol, vulva dan anus membuka. His 5x10 menit lamanya 50-55 detik, Djj 148x/menit,

VT : Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban negatif berwarna jernih, turun hodge IV

A : Inpartu kala II

P : menolong persalinan sesuai 58 langkah Asuhan Persalinan.

- 1) Melihat dan memeriksa tanda dan gejala kala II.
- 2) pastikan kelengkapan alat/pertolongan persalinan (partus set, heacting set) dan obat-obatan (oksitosin, salep mata oxytetrasiklin 1%, HB0, dll).
- 3) Memakai APD (masker, celemek plastik, sepatu boot)
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan handuk bersih.
- 5) Membuka partus set dan mematahkan ampul oksitosin 10 IU dan menempatkan dispo 3 cc steril sekali pakai didalam partus set.
- 6) Memakai sarung tangan kanan untuk mengisap oxytosin 10 unit kedalam tabung suntik atau spuit 3 cc dengan teknik satu tangan dan memasukan kembali spuit kedalam partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan kapas DTT. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam dan memastikan pembukaan lengkap serta selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang bersarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan tersebut. Cuci tangan kembali dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan.

- 10) Memeriksa DJJ setelah kontraksi, hasil yang didapatkan frekuensi dij 148x/menit
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, ketuban pecah spontan, keadaan ibu dan janin baik, ibu boleh meneran jika timbul keinginan untuk meneran.
- 12) Meminta bantuan suami untuk mengatur posisi meneran sesuai keinginan ibu. Ibu memilih posisi setengah duduk.
- 13) Melakukan pimpinan persalinan pada saat his, memberi semangat dan pujian, menganjurkan ibu untuk istirahat dan minum diantara kontraksi serta menilai kembali DJJ.
- 14) Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran.
- 15) Meletakkan handuk bersih diperut ibu, kepal bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6
- 16) Meletakkan kain yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu untuk sokong perineum ibu.
- 17) Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan dan siap tolong
- 19) Kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan tangan kanan yang dialasi kain dan tangan kiri diletakkan di kepala bayi dengan tekanan lembut dan membiarkan kepala bayi lahir perlahan-lahan anjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat hasil yang didapatkan tidak ada lilitan tali pusat.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal,.
- 23) Kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu, menyanggah kepala, lengan, siku bagian bawah, gerakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan sebelah atas.
- 24) Tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki (masukan jari telunjuk diantara mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

25) Melakukan penilaian seperti yaitu: apakah bayi langsung menangis?, apakah bayi bernafas spontan tanpa kesulitan?, apakah tonus otot bayi dan warna kulit kemerahan?. Hasil penilaian selintas: bayi lahir langsung menangis, bernapas spontan tanpa kesulitan, tonus otot bayi baik ditandai dengan bayi bergerak aktif, dan warna kulit bayi kemerahan.

26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya, kecuali tangan tanpa membersihkan verniks kaseosa sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering biarkan bayi di atas perut ibu.

E :

Tanggal 20-07-2017 jam 08.50 Wita

Partus spontan, letak belakang kepala, tidak ada lilitan tali pusat, bayi lahir langsung menangis kuat, jenis kelamin perempuan, kontraksi uterus baik.

Kala III

S : ibu mengatakan merasa lega karena bayinya yang baru saja dilahirkan, setelah bayi lahir ibu merasa lelah, perutnya mules, merasa ada pengeluaran darah dari jalan lahir.

O : KU: baik, plasenta belum lahir, kontraksi uterus baik. Adanya tanda-tanda pelepasan plasenta: perubahan bentuk dan tinggi fundus, TFU setinggi pusat, tali pusat semakin memanjang, dan semburan darah meningkat.

A : Partus kala III

P : Lakukan MAK III

I :

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus. Tidak ada bayi lagi pada uterus

28) Memberitahu ibu bahwa akan disuntikan oksitosin 10 IU/IM, agar uterus berkontraksi dengan baik.

29) Menyuntik oksitosin 10 unit IM (intra muskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)

30) Menjepit tali pusat dengan umbilical cord kira-kira 3 cm dari pusat bayi kemudian mendorong isi tali pusat ke arah distal dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm distal menggunakan klem.

- 31) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang sudah dijepit (lindungi perut bayi) dan gunting tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- 32) Meletakkan bayi diatas perut ibunya, agar kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- 33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain dan pasang topi dikepala bayi.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu ditepi simpisi, tangan yang satu meregangkan tali pusat.
- 36) Setelah berkontraksi, regangkan tali pusat dengan tangan kanan, tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokarnial.
- 37) Melakukan peregangkan dari dorongan dorsokarnial plasenta lahir atau terlepas minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar jarum jam dan kemudian kearah atas mengikuti proses jalan lahir.
- 38) Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta sehingga selaput ketuban jernih kemudian lahirkan plasenta dan dapatkan plasenta pada tempatnya yang telah disediakan

E : Tanggal 20-07-2017 Jam :09.00 wita

Plasenta lahir spontan, selaput korion dan kotiledon lengkap, perdarahan  $\pm 100$ cc sebab pelepasan plasenta, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, panjang tali pusat 50 cm, insersi tali pusat lateralis, tidak adada laserasi perineum tidak dijahit.

- 39) Segera plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus letakan telapak tangan difundus dan dilakukan masase uterus dengan gerakan melingkar dan hingga uterus berkontraksi ( fundus teraba keras)
- 40) Periksa kedua posisi plasenta bagian ibu dan janin dan periksa selaput utuh atau tidak menyimpan plasenta pada tempatnya
- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina atau vulva perinium

#### Kala IV

S : ibu mengatakan sedikit mules pada perutnya serta nyeri di jalan lahir, namun ibu lega karena sudah melewati proses persalinan.

O : kontraksi uterus baik, TFU: 2 jari dibawah pusat, perdarahan pervaginam ± 45 ml. TTV: S: 36,9°C, N: 82 x/mnt, TD: 110/70 mmHg, RR: 20x/mnt, serta ibu tampak senang dengan kelahiran bayinnya.

A : kala IV

P : Evaluasi kontraksi, perdarahan, TTV

Lakukan massase fundus uteri

Lakukan kebersihan, keamanan dan dekontaminasi

I:

- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.
- 43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu 1 jam.
- 44) Melakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K 1 mg IM di paha kiri anterolateral.
- 45) Pemberian suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral setelah 1 jam pemberian Vit K
- 46) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan mencegah pendarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Melakukan evaluasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih
- 50) Memeriksa kembali bayi dan memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik serta suhu tubuh normal.
- 51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%
- 52) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah memakai pakaian yang bersih dan kering kepada ibu.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga memberi minum dan makan yang diinginkan ibu.

- 55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 56) Dekontaminasi sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 57) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
- 58) Melengkapi patograf.

E : Tanggal: 20/07/2017 Jam: 10.50. wita

KU ibu: baik, kesadaran: Composmentis, TTV; TD: 110/70 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,8 °C, RR: 20 x/mnt, TFU: 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, total perdarahan kala IV  $\pm$  100ml, belum BAK/BAB, kandung kemih kosong. KU bayi: baik, kesadaran: Composmentis, TTV; RR: 48 x/mnt, S: 37,2°C, warna kulit kemerahan, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah, bayi tidak kejang, belum BAB/BAK, BB: 3000 gram, PB: 54 cm, LK: 32 cm, LD: 32 cm, LP: 30 cm, salep mata oxytetracycline 1 %, imunisasi vitamin K, dan Hbo sudah diberikan. Hasil lanjutan terlampir dalam partograf.

E : Tanggal: 20/07/2017 Jam: 10.50 Wita

Masalah: Gangguan Rasa Nyaman Akibat Nyeri

S : Ibu mengatakan sudah merasa nyaman dan nyeri sudah berkurang

O: Ekspresi wajah ibu: ceria, partus pervaginam jam 08.50 Wita, bayi perempuan, BB: 3000 gram, PB: 54 cm. Keadaan umum ibu: baik, kesadaran: composmentis TD: 110/70 mmHg, N: 80 x/mnt, Rr: 20 x/ mnt, S: 36,7 ° C, Fundus uteri: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus: baik, perdarahan  $\pm$  100 cc, kandung kemih kosong.

A : P4 A0 AH4 post partum 2 jam normal

Masalah gangguan rasa nyaman akibat nyeri telah teratasi sebagian

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu, ibu senang bahwa kondisinya stabil



2. Memberikan terapi oral yakni: vitamin A 1x200.000 IU, amoxilin 500 mg 1 tablet, paracetamol 500 mg 1 tablet, SF 200 mg, dan vitamin C 50 mg.  
Obat telah diberikan
3. Memindahkan ibu dan bayi ke ruang nifas

### LEMBAR OBSERVASI

Tgl/Jam	His	Djj	TD	Suhu	Nadi	VT	Indikasi Tujuan
Rabu, 19-07- 2017 14.30	3x10" lamanya 20-25 detik	142x/m enit	110/80 MmHg	36,5°c	85x/m enit	v/v tidak ada kelainan portio tebal, pembukaan 2 cm, kantong ketuban (+), turun hodge I	
15.30	3x10" lamanya 20-25 detik	142x/m enit			85x/m enit		
16.30	3x10" lamanya 20-25 detik	142x/m enit		36,5°c	82x/m enit		
17.30	3x10" lamanya 20-25 detik	142x/m enit			85x/m enit		
18.30	3x10" lamanya 20-25 detik	140x/m enit	110/80 MmHg	36,5°c	82x/m enit	v/v tidak ada kelainan portio tebal, pembukaan 2 cm,	Indikasi : adanya his 3x 10" lamanya 20-25 detik Tujuan :

						kantong ketuban (+), turun hodge I	untuk memastik an pembuka an serviks
19.30	3x10" lamanya 20-25 detik	142x/m enit			82x/m enit		
20.30	3x10" lamanya 20-25 detik	144x/m enit		36,7°c	82x/m enit		
21.30	3x10" lamanya 20-25 detik	144x/m enit			84x/m enit		
22.30	3x10" lamanya 20-25 detik	144x/m enit	110/70 MmHg	36,7°c	82x/m enit	portio tebal, pembukaa n 2 cm, kantong ketuban (+), turun hodge I	Indikasi : adanya his 3x 10" lamanya 20-25 detik Tujuan : untuk memastik an pembuka an serviks
	3x10" lamanya 25-30 detik	144x/m enit			82x/m enit		

23.30	3x10" lamanya 25-30 detik	142x/m enit		36,7°c	84x/m enit		
Kamis 20-07- 2017 00.30	3x10" lamanya 25-30 detik	142x/m enit			82x/m enit		
01.30	3x10" lamanya 30-35 detik	144x/m enit	110/70 MmHg	36,7°c	82x/m enit	portio tebal, pembukaa n 3 cm, kantong ketuban (+), turun hodge I	Indikasi : adanya his 3x 10" lamanya 30-35 detik Tujuan : untuk memastik an pembuka an Serviks
02.30	4x10" lamanya 35-40 detik	144x/m enit			82x/m enit		
03.30	4x10" lamanya 35-40 detik	144x/m enit		36,5°c	82x/m enit		
04.30	4 x10" lamanya 35-40 detik	148x/m enit			82x/m enit		

05.30	4x10" lamanya 40-45 detik	148x/m enit	110/70 MmHg	36,7°c	82x/m enit	portio tebal, pembukaa n 7 cm, kantong ketuban (+), turun hodge III	Indikasi : adanya his yang adekuat 4 x10" lamanya 40-45 detik Tujuan : untuk memastik an pembuka an Serviks dan penuruna n kepala janin
06.30	4 x10" lamanya 35-40 detik	144x/m enit			82x/m enit		
07.30	5 x10" lamanya 35-40 detik	148x/m enit			82x/m enit		
08.30	5 x10" lamanya 50-55 detik	148x/m enit	110/70 MmHg	36,7°c	82x/m enit	portio tebal, pembukaa n 10 cm,kanton g ketuban	Indikasi : ketuban pecah Tujuan : untuk memastik

						(-), turun hodge IV	an pembuka an serviks dan penuruna n kepala janin
--	--	--	--	--	--	------------------------	---

## CATATAN PERKEMBANGAN NIFAS

Nama Pasien : Ny. M.K Umur : 41 tahun		Mhs: Adelfonsa Leonora Sao
Tempat : Ruang Nifas Puskesmas Sikumana		
Tanggal & Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	
20/07/2017 4.00 Wita	<p>S:ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, BAK 2 x/BAB belum , sudah ganti softek 2x.</p> <p>O: Ku : baik                      kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD : 110/80 mmHg                      S : 36,9° C</p> <p style="padding-left: 100px;">N : 82 x/ menit                      RR : 20 x/ menit</p> <p>Wajah : tidak pucat, konjungtiva : merah muda,ASIka(+)/ ki(+), TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) loche rubra.</p> <p>A: P4 A0 AH4 post partum 5 jam normal</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikanpada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan ibu, TTV dalam batas normal.</li> <li>2. Menganjurkan ibu makan teratur dengan menu bergizi dan porsi lebih, dan minum 9-10 gelas air putih/hari, ibu mengerti dan mau melakukannya.</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat, ibu mengerti dan mau melakukannya.</li> <li>4. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri terutama daerah genetalia dan sering mengganti softex segera setelah BAK/BAB atau bila penuh, ibu mau melakukannya.</li> <li>5. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi</li> </ol>	

	<p>ringan seperti bangun perlahan dari tempat tidur, jika memungkinkan berjalan perlahan disekitar ruangan, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>6. Melayani terapi amoxicillin 500 mg/oral, Paracetamol 500 mg/oral. Obat sudah diberikan.</p> <p>7. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang diberikan, telah didokumentasikan</p>	
20/07/2017/ 17.00 Wita	<p>S:ibumengatakantidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, sudah BAK 2x/BABbelum pernah, sudah ganti softek 2x.</p> <p>O: Ku : baik kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD : 110/80 mmHg S : 36,6° C</p> <p>N : 80 x/ menit RR : 20 x/ menit</p> <p>Wajah : tidak pucat, konjungtiva : merah muda,ASIka(+)/ ki(+), TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) lochea rubra.</p> <p>A: P4 A0 AH4 post partum 8 jam</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikanpada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan ibu, TTV dalam batas normal.</li> <li>2. Menganjurkan ibu untuk makan teratur dengan menu bergizi dan porsi lebih, dan minum 9-10 gelas air putih/hari, ibu mau melakukannya.</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat, ibu mengerti dan mau melakukannya</li> <li>4. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan terutama daerah genetalia dan sering mengganti softex segera setelah BAK/BAB atau bila penuh, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</li> <li>5. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi</li> </ol>	



	<p>ringan seperti berjalan perlahan disekitar ruangan, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>6. Melayani terapi Vitamin A 200.000 IU, amoxicillin 500 mg/oral dan Paracetamol 500 mg/oral, SF 200 mg/oral, Vitamin C 50 mg/oral. Obat sudah diberikan.</p> <p>7. Menyiapkan ibu untuk visite dokter, ibu sudah disiapkan.</p> <p>8. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang diberikan, telah didokumentasikan</p>	
21/07/2017/ 07.00 Wita	<p>S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, sudah BAK 2 x/BAB 1 kali, sudah ganti softex 2 x.</p> <p>O: Ku : baik kesadaran : composmentis</p> <p>TTV : TD : 110/60 mmHg S : 36,5<sup>0</sup> C</p> <p>N : 80 x/ menit RR : 20 x/ menit</p> <p>Wajah : tidak pucat, konjungtiva : merah muda, ASIka(+)/ ki(+), TFU : 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) lochea rubra.</p> <p>A: P4 A0 AH4 post partum 1 hari normal</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan ibu, TTV dalam batas normal.</li> <li>2. Menganjurkan ibu makan teratur dengan menu bergizi dan porsi lebih, dan minum 9-10 gelas air putih/hari, ibu mengerti dan mau melakukannya.</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk cukup istirahat, ibu mengerti dan mau melakukannya.</li> <li>4. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan terutama daerah genitalia dan sering mengganti softex segera setelah BAK/BAB atau bila penuh, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</li> </ol>	

	<p>5. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi ringan seperti berjalan perlahan disekitar ruangan, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>6. Menyiapkan ibu untuk visite dokter, ibu sudah disiapkan</p> <p>7. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi ringan seperti berjalan perlahan disekitar ruangan, ibu mau melakukan anjuran tersebut.</p> <p>8. Menjadwalkan kunjungan ulang pada tanggal 01 Juli 2017, ibu bersedia untuk kunjungan ulang. Mendokumentasikan asuhan yang diberikan pada buku register, telah didokumentasikan.</p>	
--	---	--

## CATATAN PERKEMBANGAN BAYI BARU LAHIR

Tabel 5.6 Catatan Perkembangan Bayi Baru Lahir

Nama Pasien :By. Ny M.K Umur : 2 jam		Mhs: Adelfonsa leonora sao
Tempat : Ruang Nifas Puskesmas Sikumana		
Tanggal & Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	
20/07/2017 10.05Wita	<p>S: ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, belum BAB dan BAK, isap ASI kuat.</p> <p>O: Ku : baik, kesadaran : composmentis</p> <p>TTV: S : 37,2°C , HR : 139 x/menit, RR : 48 x/menit</p> <p>Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih,tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>A: NCB SMK usia 2 jam</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemeriksaan TTV pada BBL dan menginformasikan ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal.</li> <li>2. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir pada ibu yakni: bayi tidak mau menyusu, bayi letargi/ tidak sadarkan diri, kejang, ibu mengerti dengan informasi yang diberikan.</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk segera mengganti popok yang basah, ibubersedia menerima anjuran yang diberikan.</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin tiap 2 jam, ibu bersedia melakukannya.</li> <li>5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinnya dengan memakai topi, kaus tangan, kaus kaki dan menyelimuti bayi, ibu bersedia melakukannya.</li> </ol>	

	<p>6. Menganjurkan ibu untuk merawat tali pusat bayi untuk mencegah infeksi, ibu bersedia melakukannya</p> <p>7. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk selalu mencuci tangan sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia melakukannya.</p> <p>8. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah diberikan, telah didokumentasikan</p>	
20/07/2017 14.00 Wita	<p>S: ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sudah BAB 1 x dan BAK 1 x, isap ASI kuat.</p> <p>O: Ku : baik, kesadaran : composmentis</p> <p>TTV: S :36,9°C, HR : 135 x/menit, RR : 47 x/menit.</p> <p>Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih, tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>A: NCB SMK Usia 8 jam</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bayinnya, TTV dalam batas normal.</li> <li>2. Menganjurkan ibu untuk merawat tali pusat bayi, ibu bersedia melakukannya.</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk segera mengganti popok yang basah, ibu mengerti dan bersedia menerima anjuran yang diberikan.</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin tiap 2 jam, ibu bersedia.</li> <li>5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinnya, ibu bersedia melakukannya.</li> <li>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia.</li> <li>7. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah diberikan, telah didokumentasikan</li> </ol>	

<p>21/07/2017 06.50 Wita</p>	<p>S: ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sudah BAB 2 x dan BAK 1 x, isap ASI kuat.</p> <p>O: Ku : baik, kesadaran : composmentis</p> <p>TTV: S: 36,8°C, HR: 134 x/menit, RR: 42 x/menit</p> <p>Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih,tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi.</p> <p>A: NCB SMK Usia 1 hari</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bayinnya, TTV dalam batas normal.</li> <li>2. Menganjurkan ibu merawat tali pusat bayi, ibu bersedia melakukannya.</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk segera mengganti popok yang basah, ibu mengerti dan bersedia menerima anjuran yang diberikan.</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin tiap 2 jam, ibu bersedia .</li> <li>5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinnya, ibu bersedia melakukannya.</li> <li>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia. Mengobservasi suhu setiap 2 jam</li> </ol> <p>Observasi Suhu : 37°C</p> <p>Observasi Suhu : 36,9°C</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Menyiapkan bayi untuk dimandikan</li> <li>8. Menyiapkan bayi untuk visite dokter, ibu dan bayi sudah disiapkan.</li> <li>9. Mendokumentasikan asuhan kebidanan yang telah diberikan, telah didokumentasikan</li> </ol>	
----------------------------------	---	--

### Catatan Kunjungan Rumah Ibu Nifas

Tabel 7.1 Kunjungan Rumah Ibu Nifas

Tanggal/Jam	Subjektif	Objektif	Assesment	Pelaksanaan	Paraf
22/07/2017 Jam 07.40 Wita	Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, sudah BAK 2x kali dan BAB 1 kali.	KU: baik, Kesadaran: CM TTV: TD: 110/80 mmHg, N: 85 x/mnt, RR: 20 x/menit, S: 36, 8 °C. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) lochea rubra, ganti pembalut 1 kali.	P4 A0 AH4 Post Partum normal 2 hari	1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan 2. Menganjurkan ibu meminum obat yang tersedia secara teratur berdasarkan jadwal dan sesuai dosis yang ditetapkan yakni amoxicilin 3x500 mg dan malam SF 200 mg, vitamin C 50 mg/oral, ibu sudah minum obat 3. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui, ibu bersedia 4. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup, ibu bersedia 5. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri terlebih khusus kebersihan genitalia, ibu bersedia	
22/07/ 2017 Jam	Ibu mengatakan tidak ada	KU: baik, kesadaran: CM TTV: TD: 110/ 80 mmHg	P4 A0 AH4 Post Partum	1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan	

16.30Wita	keluhan, ada pengeluaran darah dari jalin lahir, sudah BAK 3 kali dan BAB belum	N: 87 x/menit, RR: 21 x/menit, S: 36, 7°C. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras pada fundus, PPV (+) lochea rubra, sudah ganti pembalut 1 kali.	normal 2 hari	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui, ibu bersedia mengikuti anjuran</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang tersisa secara teratur berdasarkan jadwal dan sesuai dosis yakni SF 200 mg, vitamin C 50 mg/oral, ibu sudah minum obat.</li> <li>4. Menganjurkan ibu istirahat dengan cukup, ibu bersedia untuk istirahat cukup</li> <li>5. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri terutama genitalia, ibu bersedia</li> </ol>	
23/07/ 2017 Jam 08.00 Wita	Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalin lahir, sudah BAK 1 kali dan BAB 1 kali	KU: baik, kesadaran: CM TTV: TD: 120/ 80 mmHg N: 89 x/menit, RR:19x/menit, S: 36, 8°C. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik teraba keras pada fundus, PPV	P4 A0 AH4 Post Partum normal 3 hari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan.</li> <li>2. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui, ibu bersedia</li> <li>3. Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang tersisa secara teratur berdasarkan jadwal dan sesuai dosis yakni SF 200 mg, vitamin C 50 mg/oral, ibu sudah minum obat.</li> <li>4. Menganjurkan ibu istirahat dengan cukup,</li> </ol>	

		(+)locheasanguinolenta,ganti pembalut 1 kali.		ibu bersedia 5. Menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia, ibu bersedia.	
23/07/2017 Jam 16.30 wita	Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, BAB belum dan BAK 2 kali	KU: baik, kesadaran: CM TTV: TD: 110/ 80 mmHg N: 88 x/menit, RR:19 x/menit, S: 36, 8°C. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik teraba keras pada fundus, PPV(+),lochea sanguinolenta,ganti pembalut 1 kali.	P4 A0 AH4 Post Partum normal 3 hari	1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan. 2. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui, ibu bersedia 3. Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang tersisa secara teratur berdasarkan jadwal dan sesuai dosis yakni SF 200 mg, vitamin C 50 mg/oral, ibu sudah minum obat. 4. Menganjurkan ibu istirahat dengan cukup, ibu bersedia 5. Menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia, ibu bersedia.	
24/07/ 2017 Jam 09.00	Ibu mengatakan tidak ada	KU: baik, kesadaran: CM TTV: TD: 120/ 80 mmHg	P4 A0 AH4 Post Partum	6. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan.	



Wita	keluhan, ada pengeluaran darah dari jalin lahir, sudah BAK 1 kali dan BAB 1 kali	N: 89 x/menit, RR:19x/menit, S: 36, 8°C. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik teraba keras pada fundus, PPV (+)lochea sanguinolenta,ganti pembalut 1 kali.	normal 4 hari	<p>7. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui, ibu bersedia</p> <p>8. Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang tersisa secara teratur berdasarkan jadwal dan sesuai dosis yakni SF 200 mg, vitamin C 50 mg/oral, ibu sudah minum obat.</p> <p>9. Menganjurkan ibu istirahat dengan cukup, ibu bersedia</p> <p>10. Menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia, ibu bersedia.</p>
24/07/2017 Jam 16.30 wita	Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ada pengeluaran darah dari jalan lahir, BAB belum dan BAK 2 kali	KU: baik, kesadaran: CM TTV: TD: 110/ 80 mmHg N: 88 x/menit, RR:19 x/menit, S: 36, 8°C. Wajah tidak pucat, konjungtiva merah muda, ASI ka (+)/ ki (+), TFU: 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik teraba keras pada fundus,	P4 A0 AH4 Post Partum normal 4hari	<p>6. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan.</p> <p>7. Menganjurkan ibu makan dengan porsi yang lebih karena ibu harus menyusui, ibu bersedia</p> <p>8. Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang tersisa secara teratur berdasarkan jadwal dan sesuai dosis yakni SF 200 mg, vitamin C 50 mg/oral, ibu sudah minum obat.</p>

		PPV(+)lochea sanguinolenta,ganti pembalut 1 kali.		<p>9. Menganjurkan ibu istirahat dengan cukup, ibu bersedia</p> <p>10. Menganjurkan ibu menjaga kebersihannya terlebih khusus kebersihan genitalia, ibu bersedia.</p>
--	--	---	--	---

### CATATAN KUNJUNGAN RUMAH BAYI BARU LAHIR

Tabel 7.2 Kunjungan Rumah BBL

Tanggal/ Jam	Subjektif	Objektif	Assesment	Pelaksanaan	Paraf
22/07/2017 Jam 07.40 Wita	Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 1 kali dan BAK 1 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah	KU: baik, Kesadaran: CM. TTV: HR : 133 x/mnt, RR: 49 x/mnt, S: 36,8°C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi	NCB SMK usia 2 hari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, Ibu senang dengan hasil pemeriksaan bayinya</li> <li>2. Mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar, ibu paham dan mampu mempraktekannya</li> <li>3. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin, ibu bersedia</li> <li>4. Menganjurkan ibu menjemur bayinya setiap pagi (5-10 menit), ibu bersedia</li> <li>5. Menganjurkan ibu merawat tali pusat bayi dengan kapas yang dibasahi air hangat (tidak membubuhi dengan apapun), ibu bersedia</li> <li>6. Menganjurkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, dan segera mengganti popok yang</li> </ol>	

				<p>basah, ibu bersedia</p> <p>7. menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia</p>	
<p>22/07/ 2017</p> <p>Jam 16.30</p> <p>Wita</p>	<p>Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 2 kali dan BAK 2 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah.</p>	<p>KU: baik, kesadaran: CM.</p> <p>TTV: HR: 128 x/mnt, RR:50 x/mnt, S: 36,8°C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi</p>	<p>NCB SMK</p> <p>usia 2 hari</p>	<p>1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan bayinya</p> <p>2. Menganjurkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, ibu bersedia</p> <p>3. Menganjurkan ibu untuk merawat tali pusat bayi, ibu bersedia</p> <p>4. Menganjurkan ibu untuk tidak lupa menjemur bayinya saat pagi hari (5-10 menit), ibu bersedia</p> <p>5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin, ibu bersedia</p> <p>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia</p>	

23/07/ 2017 Jam 08.00Wita	Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 1 kali dan BAK 2 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah	KU: baik, kesadaran: CM. TTV: HR:136 x/mnt, RR:46 x/mnt, S: 36,8°C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi	NCB SMK usia 3 hari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan bayinya</li> <li>2. Menganjurkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, ibu bersedia</li> <li>3. Menganjurkan ibu merawat tali pusat bayi, ibu bersedia</li> <li>4. Menganjurkan ibu menjemur bayinya saat pagi (5-10 menit), ibu bersedia</li> <li>5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin, ibu bersedia</li> <li>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia</li> </ol>	
23/07/2017 Jam 16.30 Wita	Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, tidak rewel, sudah BAB 1 kali dan BAK 2 kali, isap ASI	KU: baik, kesadaran: CM. TTV: HR:134 x/mnt, RR:47 x/mnt, S: 36,8°C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda	NCB SMK usia 3 hari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan bayinya</li> <li>2. Menganjurkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, ibu bersedia</li> <li>3. Menganjurkan ibu merawat tali pusat bayi, ibu bersedia</li> </ol>	

	kuat, tali pusat tidak berdarah	infeksi		<p>4. Menganjurkan ibu menjemur bayinya saat pagi (5-10 menit), ibu bersedia</p> <p>5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin, ibu bersedia</p> <p>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia</p>	
24/07/ 2017 Jam 09.00 Wita	keluhan, tidak rewel, sudah BAB 1 kali dan BAK 2 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah	KU: baik, kesadaran: CM. TTV: HR:135 x/mnt, RR:46 x/mnt, S: 36,8°C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi	NCB SMK usia 4 hari	<p>1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan bayinya</p> <p>2. Menganjurkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, ibu bersedia</p> <p>3. Menganjurkan ibu merawat tali pusat bayi, ibu bersedia</p> <p>4. Menganjurkan ibu menjemur bayinya saat pagi (5-10 menit), ibu bersedia</p> <p>5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin, ibu bersedia</p> <p>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia</p>	

24/07/ 2017 Jam 16.50 Wita	keluhan, tidak rewel, sudah BAB 1 kali dan BAK 1 kali, isap ASI kuat, tali pusat tidak berdarah	KU: baik, kesadaran: CM. TTV: HR:133 x/mnt, RR:44 x/mnt, S: 36,6°C. Warna kulit kemerahan, gerak aktif, tali pusat bersih dan tidak berdarah, tidak ada tanda-tanda infeksi	NCB SMK usia 5 hari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu senang dengan hasil pemeriksaan bayinya</li> <li>2. Menganjurkan ibu menjaga bayinya tetap hangat, ibu bersedia</li> <li>3. Menganjurkan ibu merawat tali pusat bayi, ibu bersedia</li> <li>4. Menganjurkan ibu menjemur bayinya saat pagi (5-10 menit), ibu bersedia</li> <li>5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin, ibu bersedia</li> <li>6. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum memegang bayi, ibu dan keluarga bersedia</li> </ol>	

